Nr. 3 R. 1934. MAJ — CZERWIEC. ROK XXIX.

# KRONIKA DENTYSTYCZNA

DWUMIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ ORAZ SPRAWOM ZAWODOWYM.

**Ludzkość i świat naukowy poniosły ciężką i niepowetowaną stratę. Ogólna żałoba ogarnęła całe społeczeństwo polskie.**

**Dnia 4 lipca 1934 r. w Valence (Francja) zakończyła pełen chwały żywot rodaczka nasza**

## Ś. P. Marja Skłodowska-Curie



**Odkrywczyni Polonu i Radu, Znakomita Uczona, Dwukrotna Laureatka Nagrody Nobla, Profesor Sorbony Paryskiej, Członek Paryskiej Akademji Medycznej, Dyrektor Instytutu Radowego w Paryżu, Założycielka Instytutu Radowego w Warszawie.**

**Cześć Jej Świetlanej Pamięci.**

**Z Akademji Stomatologicznej w Warszawie. Klinika chirurgji stomatologicznej.
Kierownik prof. dr. med. Alfred Meissner.**

# CZYNNIK MECHANICZNY W ETJOLOGJI PARADENTOZY.

Podał

**Prof. dr. med. Alfred Meissner.**

W pracy niniejszej zatrzymam się na spostrzeżeniach własnych oraz wynikach doświadczeń, zebranych na licznym materjale klinicznym; podzielę się też poglądami na istotę i leczenie paradentozy, stosowane na Klinice chirurgji stomatologicznej Państwowego Instytutu Dentystycznego obecnie Akademji Stomatologicznej.

Posiadamy już obecnie bogate piśmiennictwo, oparte na dokładnych doświadczeniach; obejmuje ono również badania, dotyczące wpływu czynnika mechanicznego i fizjologicznego, związanego z czynnością zęba (Schröder, Gysi, Gotlieb, Römer).

W związku z temi badaniami zwrócono uwagę na sprawę i istotę czynnika patologicznego (Haupt, Jong, Gotlieb, Schwarz, Falk, Kiefer, Johnson), mianowicie, poddano krytyce słuszność teorji Karoly'ego w stałem poszukiwaniu właściwej przyczyny t. zw. ropocieku zębodołowego.

Śledząc najnowsze piśmiennictwo, zauważyć można, że znaczenie czynnika mechanicznego przy paradentozie zaczyna coraz bardziej interesować badaczy i praktyków. Niestety, jest on w ich ujęciu przeważnie zjawiskiem wtórnem, komplikującem przebieg paradentozy (Gotlieb).

Naogół nauka o paradentozie poczyniła znaczny krok naprzód.

Niestety, w praktyce codziennej samo ujęcie sprawy i stąd wynikające leczenie stoją jeszcze na dość niskim poziomie.

Jak dalece w praktyce, nietylko u nas, lecz i zagranicą istnieją jeszcze wśród sfer lekarskich różnorodne zapatrywania na etjologję i sposoby leczenia paradentozy, niech świadczą poniżej podane przykłady:

1) Zgłosił się do mnie pacjent (Warszawa) z przyczyny choroby dziąseł oraz chwiejących się zębów. Z wywiadu dowiedziałem się, że chory z tego powodu jest od 2 lat w opiece lekarza-internisty. Na zapytanie moje, czy leczy zęby, otrzymałem odpowiedź, że „w tej chwili nie"; najpierw radził się lek.-dent., ten jednak przekazał go opiece lekarza-internisty, tłumacząc, że choroba dziąseł i zębów wywołana jest chorobą wewnętrzną.

2) W innym przypadku pacjent, przebywający stale w Egipcie, radzi się, co ma uczynić, bowiem dziąsła ma chore, a zęby wypadają. W ojczyźnie jego lekarze przypalali mu dziąsła stężonym kwasem azotowym już od dłuższego czasu. Choroba jednak pomimo to postępuje. Dziąsła przedstawiały tu straszny obraz.

3) W trzecim przypadku chory zgłosił się po wykonanej oryginalnej operacji przy kilku czy też wszystkich zębach. Po przejściowej poprawie, schorzenie wróciło.

4) Wreszcie, w czwartym przypadku chory skarży się, że dotychcza-

sowe leczenie szczepionkami chorych dziąseł i rozchwianych zębów nie dało pomyślnego wyniku.

Takich przypadków różnorodnego leczenia możnaby podać wiele, odpowiednio do różnych poglądów na etjologję paradentozy.

Mojem zdaniem, czynnik mechaniczny przy paradentozie odgrywa daleko większą i ważniejszą rolę; posuwam się nawet do twierdzenia, *że jest on istotnym czynnikiem tego schorzenia.*

Niestety, krótkość czasu, jakim obecnie rozporządzam, nie pozwala mi na głębsze wnikanie w szczegóły tego zagadnienia. W niedalekiej jednak przyszłości będę mógł przedstawić uzgodnienie moich poglądów z poglądami, wyrażonemi w piśmiennictwie.

### T e m a t.

Pierwszem zadaniem zęba tak w organizmie ludzkim, jak i zwierzęcym, jest rozdrabnianie i miażdżenie pokarmów.

Budowa zęba i jego najbliższego otoczenia najwyraźniej to potwierdza.

Zęby przygotowane są do spełniania pracy nawet w warunkach bardzo wysokiego napięcia. Badania wykazują, że np. trzonowce podołać mogą obciążeniu do przeszło 300 kg. Zdawać mogłoby się, że dla ciała, tak silnie zbudowanego i osadzonego, jakim jest ząb, nie istnieje niebezpieczeństwo uszkodzenia z powodu przekroczenia granicy jego fizjologicznej wytrzymałości. Ząb więc, spełniający swoje czynności w granicach fizjologicznych, *winien* pełnić swoje funkcje przez cały ciąg życia do najpóźniejszej starości, podobnie jak i inne narządy. Tymczasem w życiu jest inaczej. Rzadko który organ w ustroju ludzkim ginie tak często i tak wcześnie, jak zęby i całe uzębienie. Anatom mówi nawet o „bezzębnej szczęce starczej.

Jeżeli przedwczesne rozchwianie się i wypadanie zębów nie jest procesem fizjologicznym (a nie mamy żadnych powodów, ażeby to przyjąć, gdyż spotykamy nieraz w najpóźniejszej starości bardzo dobre i pełne uzębienie), to z konieczności musimy przyjąć, że zęby podlegają albo jakiemuś swoistemu nabytemu schorzeniu, niszczącemu ich wiązanie, albo są narażone na takie czynniki zewnętrzne, że nawet ich silna budowa i osadzenie nie mogą im się przeciwstawiać. Podejrzenie na jakiekolwiek schorzenie swoiste nie może być słuszne, gdyż otoczenie zęba nie jest zbudowane z tkanki o specjalnej budowie, jak inne narządy wewnętrzne, np. wątroba, nerki.

### T e m a t.

Otoczenie zęba składa się z takich tkanek, jakie spotykamy w całym organizmie ludzkim — kości, tkanki łącznej, okostnej.

Możnaby twierdzić, że tkanki te mogą ulegać tylko takim schorzeniom i uszkodzeniom, jakim podlegają podobne utkania w innych okolicach organizmu.

Wykluczając jakiekolwiek swoiste wewnętrzne przyczyny, a biorąc z konieczności pod uwagę wszystkie możliwe zewnętrzne czynniki, a więc termiczne, chemiczne, mechaniczne i bakteryjne, nasuwa się nam myśl, że tak silne mechaniczne związanie, jakiem jest osadzenie zęba w zębodole,

może być zniszczone jedynie tylko przez odpowiedni czynnik mechaniczny. Ząb staje się jakoby ofiarą swej własnej funkcji, swej własnej czynności.

Oczywiście, ząb nie może być ofiarą swej czynności *fizjologicznej*, gdyż jest on na nią przygotowany, a nawet koniecznie winien ją spełniać, w przeciwnym bowiem razie powstają przy zębach zmiany chorobowe, tak jak to w życiu codziennem spotykamy.

Czynność więc, która przyczynia się do rozchwiewania i wypadania zębów, może być tylko *patologiczna.*

Ponieważ fizjologiczna czynność zęba jest czysto *mechaniczna*, istotnym czynnikiem funkcji patologicznej zęba może być tylko *czynnik mechaniczny* patologiczny.

Czynnik mechaniczny patologiczny występuje przy zębie pod postacią *przeciążenia* zęba, zaś przeciążenie, jako przekroczenie wytrzymałości, może powstać w dwojaki sposób:

1) przez zakłócenie równowagi pomiędzy czynnikiem, wywołującym ucisk, a więc mięśniami a zębem, znoszącym ten ucisk;

2) przez obciążenie zęba uciskiem w granicach fizjologicznych, ale działającym w nieprawidłowym kierunku.

Statyczna równowaga może być zakłócona albo przez *wrodzony* brak stosunku pomiędzy zębem a otaczającemi mięśniami (przypadek słabo rozwiniętego zęba, lub części jego, np. korzenia w przeciwstawieniu do prawidłowo rozwiniętych mięśni), albo przez nabytą dysharmonję pomiędzy obu czynnikami.

Czynnik patologiczny jakiejkolwiek formy, wywołujący przeciążenie zęba z ostatecznem rozchwianiem się jego, występuje zwykle w formie przewlekłej. Nie występuje więc jednorazowo z widocznem natychmiast złamaniem, czy zwichnięciem zęba, połączonem z mniejszym lub większym bólem, ale jest to czynnik mechaniczny, powtarzający się stale do kilkuset razy dziennie, przez miesiące, lata i dziesiątki lat bez żadnego bólu, tak że pacjenci zwykle nie zdają sobie nawet z tego sprawy. Ostatecznie, tenże czynnik podobnie do kropli drążącej kamień, wywołuje w bezpośredniem otoczeniu zęba typowy obraz zaniku tkanki ozębnej, kości i części miękkich.

Objawy kliniczne ograniczają się do narzekań pacjenta na bóle wskutek zimna, słodyczy i kwasów.

Przy chorym zębie widzimy dziąsło blade, prawie że sinawo-przejrzyste. Brzeg dziąsła ma kształt łuku ostrego — gotyckiego, przyczem szyjka względnie korzeń jest mniej lub więcej obnażony.

Tenże obraz chorobowy z wyżej podanemi objawami klinicznemi jest najczęstszym obrazem *przeciążenia zęba*, obrazem, spotykanym prawie w każdej jamie ustnej.

Patologiczny czynnik mechaniczny pod postacią najlżejszego przeciążenia zęba może niekiedy przybrać formę o większem napięciu. W takim razie zmieniają się nieco objawy kliniczne i obraz anatomo-patologiczny. W otaczających ząb tkankach występuje rozszerzenie naczyń krwionośnych — przekrwienie, a niejednokrotnie wynaczynienie. Objawy kliniczne, towarzyszące tym zmianom anatomo-patologicznym, przejawiają się, jako zaczerwienienie i rozpulchnienie dziąsła.

Przykład: przypuśćmy, że ząb, który stanowi oparcie dla protezy ruchomej, jest w lekkim stanie przeciążenia na skutek zgryzu. Jeżeli pro-

teza ta osiada, ząb podlega przeciążeniu zgryzowemu w wyższym stopniu, dziąsło wokoło tego zęba najpierw atroficzno-blado-różowe, przechodzi w stan zaczerwienienia i przekrwienia.

Wreszcie, czynnik mechaniczny, przeciążający ząb, może osiągnąć napięcie w takim stopniu, że wywołuje na skutek ucisku i ugniatania przerwanie i zmiażdżenie otaczającej tkanki. W tych razach powstaje wokoło zęba rana odleżynowa.

Objawy kliniczne: dziąsło zaczerwienione i nacieczone w stanie obrzęku.

Połączenie otoczenia z zębem przy szyjce jest w mniejszym lub większym stopniu przerwane (wytworzyła się tak zwana kieszonka). Powierzchnia kieszonki od strony dziąsła przedstawia ranę, pokrytą warstwą ziarninową. Obraz ten nie jest już czystą *formą* przeciążenia zęba, jak w poprzednich dwóch razach, gdyż wiąże się z nim *stale infekcja,* wywołująca stan zapalny uszkodzonego miejsca.

Jeżeli przystąpimy do badania źródeł przeciążenia zębów, otworzy się przed nami prawdziwa księga najróżniejszych możliwości, zmieniających mechaniczny czynnik fizjologiczny na czynnik patologiczny.

źródła patologicznego czynnika mechanicznego dzielą się na:

1) miejscowe w jamie ustnej i 2) ogólne, w jednym i drugim przypadku wrodzone i nabyte.

W jamie ustnej są one *pochodzenia zębowego i niezębowego,* a więc wszelkie wady wrodzone zębowe, anomalje co do czasu i miejsca wyrzynania się, ilości, kształtu i struktury zęba mogą być punktem wyjścia przeciążenia zęba lub zębów.

Z pośród anomalij tych wysuwa się na pierwszy plan *nieprawidłowe wyrzynanie się zębów co do miejsca oraz nieprawidłowy kształt zęba.*

Obserwując sposób tworzenia się zgryzu, nie można wprost wyjść z podziwu, że zęby wzajemnie się odnajdują i wreszcie układają w kunsztowny łuk, pomimo że wyrzynają się w ciągu kilku lat.

Najmniejsze odchylenie wyrznięcia się zęba na niewłaściwem miejscu wywołuje przesuwanie się zębów. Ponieważ zaś nieprawidłowe ustawienie zębów w jednej szczęce pociąga za sobą i wadliwe rozmieszczenie uzębienia w drugiej szczęce, powstaje automatycznie *nieprawidłowość w zgryzie,* a zatem *źródło przeciążenia zęba względnie uzębienia.*

Jest jeszcze inny powód nieprawidłowego ustawienia zęba, stanowiącego patologiczny czynnik mechaniczny. Ząb wskutek wadliwego ustawienia może być przeszkodą przy wykonywaniu ruchów bocznych, koniecznych do prawidłowego żucia. Pacjent w takich razach stara się *wyrównać* ten brak przez rozdrabnianie pokarmów ruchami pionowemi, wymagającemi jednak większego napięcia i natężenia.

Jako drugie częste źródło patologicznego czynnika mechanicznego wśród anomalij zębów, zasługują na uwagę *odchylenia co do kształtu zęba.* Wielkie znaczenie ma przedewszystkiem odchylenie od normy w stosunku *korzenia do korony.* Bywają zęby o dużych korzeniach i małych koronach; odwrotnie: spotykamy zęby o silnie rozwiniętych, wysokich koronach i krótkich korzeniach. Gdy zważymy, jakie znaczenie ma korzeń przy działaniu czynnika mechanicznego na koronę, wówczas zrozumiemy, że, biorąc pod uwagę działanie dźwigni, ząb w pierwszym przypadku zno-

sić będzie daleko większe działanie czynnika mechanicznego, jako fizjologicznego, niż w drugim.

Wreszcie, jednym z najczęstszych źródeł przeciążenia zęba przy anomaljach zębowych są silne lub nadmiernie rozwinięte *guzki zębowe.*

Wiemy, że guzki mają dla zęba wielkie znaczenie; jedynie dzięki tym guzkom wyrzynające się zęby utrzymują się na swoim miejscu i zachowują idealny stosunek między sobą. Jednak guzki te mogą być punktem wyjścia przeciążenia zęba, mianowicie, wówczas, jeżeli guzki z jakichkolwiek bądź powodów, najczęściej wskutek nieprawidłowego zgryzu, np. przy zgryzie głębokim, nie ścierają się dostatecznie, lub ścierają się w sposób niewłaściwy. W tych razach, szczególnie przy bocznych ruchach, guzki powodują nadmierne czepianie się zębów, a ostatecznie wzajemne ich wyważanie.

Z tym obrazem spotykamy się przedewszystkiem wówczas, kiedy przy nadmiernie rozwiniętych guzkach korony są silnie rozwinięte, zaś korzenie słabo. Niekorzystne dla zęba działanie dźwigni jest w tych razach wyjątkowo silne.

Wśród nabytych schorzeń zębowych o charakterze czynnika mechanicznego poza termicznemi, chemicznemi i mechanicznemi czynnikami proces chemiczno-drobnoustrojowy, czyli próchnica zęba jest dla uzębienia dominującym źródłem takiego czynnika patologicznego. Wogóle, czynnik mechaniczny i próchnica są uzależnione od siebie.

Można śmiało twierdzić, że próchnica zębów nie tylko niszczy dotknięty ząb, lecz, wywołując braki w uzębieniu, powoduje zaburzenia w równowadze zgryzu, staje się najczęstszem źródłem zaburzenia i jego skutków oraz przyczynia się tą drogą do powstawania bezzębnych szczęk.

*Zwalczanie próchnicy zębów oznacza zwalczanie szkodliwego czynnika mechanicznego, zwalczanie bezzębności szczęk.*

Próchnica, niszcząca substancję zęba, stać się może *w każdej jej fazie źródłem rozwoju patologicznego czynnika mechanicznego.* Umiejscowiona na powierzchni stycznej, niszczy ona punkty styczne i wywołuje już w samym jej początku podstawy do przesuwania się zębów, dając tem samem powód do nieprawidłowego zgryzu oraz do powstawania i rozwoju szkodliwego czynnika mechanicznego.

Większe ubytki próchnicowe, mianowicie, na powierzchni żującej, powodują brak kontaktu z zębem przeciwległym, wskutek czego ząb ten, jako nieczynny, wysuwa się z zębodołu, niszcząc harmonję zębów zszeregowanych przeciwległej szczęki.

Jeżeli próchnica nawet jednego zęba może zakłócić harmonję zgryzu i sprzyjać powstawaniu patologicznego czynnika mechanicznego, to tem bardziej poważniejsze zmiany w zgryzie powstaną wówczas, jeżeli więcej zębów jest zniszczonych próchnicą, mianowicie, gdy dotyczy to trzonowców.

Poważne zaburzenia zgryzu o typowem obniżaniu się tegoż, wzajemne wyważanie się zębów, wczesne wypadanie zębów przednich — oto zjawisko, stanowiące prawie stałe i regularne następstwo próchnicy. Próchnica zębów stwarza niewyczerpane źródło fatalnych dla uzębienia skutków wskutek tego, że staje się najczęstszym powodem do zabiegów leczniczych. Każdy zabieg lekarski w jamie ustnej, przeprowadzony niepra-

widłowo, może być przyczyną rozwoju patologicznego czynnika mechanicznego, w ostateczności poważnych zaburzeń zgryzowych.

Niekoniecznie wyjmowanie zębów, dotkniętych próchnicą, wypełnienie ubytków, wadliwie przeprowadzane, nieprawidłowe protetyczne uzupełnienie zgryzu protezami stałemi, lub ruchomemi, stanowią nieprzebrane źródło, niszczące uzębienie.

Wogóle, braki w uzębieniu, jako końcowy obraz próchnicy i rezultat karygodnej manji ekstrakcyj zębów *bez dostatecznych wskazań,* są najczęstszym powodem powstawania szkodliwego czynnika mechanicznego, a przez to przedwczesnego rozchwiania się i wypadania pozostałych zębów.

Sprawy zapalne, wprawdzie, w mniejszym stopniu, są jednak nieraz punktem wyjścia przeciążenia zębów. I w tych razach zwykle próchnica jest podłożem schorzenia.

Jeżeli na skutek próchnicy powstała komplikacja ze strony miazgi czy ozębnej, żucie po tej stronie jest niemożliwe. Chory, unikając tej strony, przesuwa pokarmy na przeciwną, gdzie na tle działającego czynnika mechanicznego wcześniej czy później występują pewne zmiany.

Poza wyżej podanemi źródłami działania patologicznego czynnika mechanicznego przyczyn wywołujących jest więcej, znaczenie jednak ich jest mniejsze.

Niemniej bogate źródło działania patologicznego czynnika mechanicznego leży *poza zębami,* w wyrostku zębodołowym, w szczęce, w częściach miękkich, w mięśniach, powięziach, także w warstwie tłuszczowej policzka, wogóle, w częściach, otaczających uzębienie.

Wiemy, że części miękkie, otaczające ząb tak, jak niektóre narządy w jamie ustnej, np. język, wargi i t. d. modelują łuk zębowy i przyczyniają się do utworzenia właściwego jego kształtu.

Jak wielką rolę odgrywają np. wargi, jako czynnik mechaniczny, przy formowaniu się łuku zębowego w obrębie zębów przednich, można obserwować wówczas, gdy wargi nie spełniają swego zadania; zęby wysuwają się ku przodowi, powstaje rodzaj wydatności szczęki górnej.

Podobnie ważne znaczenie dla uzębienia ma również język. Jest on jakoby przeciwwagą w stosunku do ucisku, wywoływanego wargami i policzkami. Narząd ten, pożyteczny w warunkach prawidłowych, w innych może wywołać uszkodzenia mechaniczne.

W pewnym przypadku obserwowałem znaczne zmiany w przednim łuku zębowym tylko dlatego, że w języku usadowił się nowotwór.

W innym przypadku miałem sposobność obserwowania chorego z wysuwaniem się zębów na skutek mechanicznego działania języka olbrzymiego.

Pacjent w wieku średnim narzekał na rozchwianie i wysuwanie się zębów ku przodowi, na ropienie dziąseł oraz na utrudnioną mowę. Uzębienie prawie pełne. Obecność trzonowców i dość prawidłowy w obrębie tychże zgryz, wykluczał przyczynę mechanicznego drażnienia w tejże okolicy. Natomiast język przedstawiał wyraźny obraz języka olbrzymiego, mieszczącego się z trudnością w jamie ustnej i pokrytego wyraźnemi śladami odciśniętych zębów.

Klinowate wycięcie języka oraz wyraźne zmniejszenie się jego obwo-

du, wywołało już w bardzo krótkim czasie wzmocnienie i cofnięcie się nieco przednich zębów.

Inny ciekawy obraz, dotyczący otoczenia uzębienia obserwowałem niedawno.

Pacjent około lat 50-ciu, o niezwykłej tuszy, narzekał na rozchwianie się bocznych zębów.

Badanie wykazało, że trzonowce są rozchwiane.

Szczegółowa analiza tego przypadku wykazała, że warstwa tłuszczowa w związku z czynnościami m. żwacza uciskała na zęby nadmiernie, tak, że zęby zostały wyważone ze swego łożyska.

Wreszcie, pewne nawyknienia życiowe a nawet pewne *uszkodzenia zawodowe* mogą być punktem wyjścia nadmiernego działania czynnika mechanicznego.

Pomijam tu wpływ palenia, trzymanie ustników papierosowych w ustach; mam przedewszystkiem na uwadze inne czynniki, z któremi się dotychczas mało liczono.

Niektóre osoby mają przyzwyczajenie lub też zmuszone są dzięki swemu zawodowemu zajęciu do stałego pochylania głowy ku przodowi i do utrzymywania jej w tej pozycji.

Znane jest zjawisko, że pochylenie głowy ku przodowi i dołowi wywołuje zwarcie zębów, a nawet ucisk zębów dolnych na górne w większym stopniu, aniżeli przy głowie, cofniętej ku tyłowi. W tejże pozycji dla uzębienia mniej korzystnej, mogą łatwo powstać w pewnych warunkach powikłania, wywołujące przeciążenie zęba.

Wreszcie, przechodzę do źródła przeciążenia zęba niemechanicznego, umiejscowionego poza jamą ustną.

Odporność danej tkanki organizmu uzależniona jest od ogólnego stanu zdrowia względnie od prawidłowej czynności ważnych narządów. Gdy ogólny stan zdrowia ulega zaburzeniom z jakichkolwiek bądź powodów, obniża się też odporność tkanki wokoło zęba.

T. zw. predyspozycja — uczulenie występuje na skutek uszkodzenia tej lub innej tkanki, a więc i wyrostka zębodołowego.

Wytrzymałość zęba może znacznie się obniżyć, tak, że zwykła czynność fizjologiczna zęba może działać, jako patologiczny czynnik mechaniczny.

Jeżeli zwrócimy uwagę na to, że otoczenie zęba składa się z najróżnorodniejszych tkanek, gdyż jest tu kość, okostna i ozębna, tkanka łączna w najróżnorodniejszych formach, nabłonek i naczynia krwionośne oraz liczne rozgałęzienia nerwowe, to zrozumiemy, jak łatwo i często mogą powstawać zaburzenia właśnie w tem otoczeniu, obniżające wytrzymałość tego narządu, jako całości, i jak ważną rolę odgrywa ogólny stan zdrowia zależnie od stanu zdrowia otoczenia zęba.

Współzależność warunków lokalnych zębów od ogólnych zilustruje dobitnie następujący przypadek.

Na Klinikę P. I. D. zgłosiła się pacjentka, narzekając, że mniejwięcej przed dwoma tygodniami zęby dość nagle poczęły się chwiać, a dziąsła boleć. Przy badaniu stwierdziliśmy brak dolnego prawego trzonowca, poza tem uzębienie było pełne. Po stronie prawej zęby rozchwiane, dziąsła w stanie zapalnym. Wprawdzie, warunki lokalne w okolicy wyjętego zęba tak się ułożyły, że mogły być punktem wyjścia zaniku dziąseł przy sąsie-

dnich zębach, jednak nagłe przyłączenie się stanu zapalnego było zagadkowe.

Badanie moczu wyjaśniło sprawę, bowiem stwierdzono 2% cukru.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że miejsce zaniku okolicy szyjki zęba jest niewątpliwie, jako locus minoris resistentiae, miejscem wrażliwem na inne czynniki chorobowe oraz liczymy się z tym faktem, że proces zaniku odbywa się w jamie ustnej, w siedzibie licznych różnych drobnoustrojów, w warunkach sprzyjających rozwoju tychże przy okazji przyjmowania pokarmów, *zrozumiemy groźne niebezpieczeństwo i łatwość powstawania powikłań zapalnych tejże tkanki uszkodzonej mechaniczne; to też rzeczywiście w przeważnej ilości przypadków miejsca przyszyjkowe podlegają zakażeniu; zakażone formy zanikowe przybierają odmienny obraz chorobowy; sprawa zapalna wysuwa się w tych razach na pierwszy plan.*

Poza prostą formą zaniku przyzębia, jaką dotychczas poznaliśmy, powstaje nowa forma, powikłana stanem zapalnym. Forma ta powstaje wówczas, gdy działanie czynnika mechanicznego występuje w większem napięciu, wywołującem ranę odleżynową wokoło zęba, oraz w tych razach, gdy jama ustna jest niedostatecznie pielęgnowana i niehigjenicznie utrzymywana. Obraz ten, złożony z zaniku i stanu zapalnego, równa się tak pod względem anatomo-patologicznym, jak i pod względem objawów klinicznych wg. Wesky'ego paradentozie lub t. zw. p. alv.

W naszem ujęciu więc paradentoza względem p. alv. jest zakażoną formą zaniku przyzębia na skutek przeciążenia zęba.

Ponieważ sprawy zapalne w jamie ustnej występują w kilku postaciach, zwykle w formie zapalenia przewlekłego, podostrego i ostrego, więc i ta forma zaniku w związku ze stanem zapalnym będzie się pojawiała w różnych postaciach.

Powyższe różne formy zapalenia dają w połączeniu z różnemi stopniami napięcia działania czynnika mechanicznego dużą *różnorodność obrazów chorobowych* tak pod względem anatomo-patologicznym, jak i objawów klinicznych.

Jedne formy mogą przeistaczać się w drugie, zależnie od zmieniających się warunków, a więc ostre stany zapalne ze wszystkiemi objawami ropienia, bolesności i t. d. przyjmować będą pod wpływem leczenia formy łagodniejsze. Lecz i naodwrót: forma przewlekła może przeobrażać się z jakichkolwiek bądź powodów, czy to wewnętrznych, czy zewnętrznych, w podostry stan zapalny ze wszystkiemi objawami klinicznemi, jak ropieniem, zaczerwienieniem i nieznacznym bólem w okolicy przyzębnej.

Po zapoznaniu się z *istotą schorzenia paradentozy*, w mojem ujęciu zapalenia przyzębia na skutek przeciążenia zęba, leczenie nasuwa się właściwie samo przez się.

Ponieważ istotne części paradentozy stanowią *przeciążenie zęba i stan zapalny*, w zasadzie więc *leczenie* miałoby za zadanie *usunięcie czynnika mechanicznego oraz stanu zapalnego.*

Leczenie przyszyjkowego stanu zapalnego nie przedstawia naogół znacznych trudności. Ustalenie zdrowych, higjenicznych warunków w jamie ustnej drogą usunięcia osadu i kamienia nazębnego ze wszystkich zębów stanowi zabieg podstawowy.

Do tego dołączymy *usunięcie sprzyjających zakażeniu warunków,* np.

przez ekstrakcje korzeni, leczenie i zaplombowanie zębów, usunięcie takich części protetycznych, które sprzyjają powstawaniu procesów gnilnych w jamie ustnej i utrudniają czyszczenie jamy ustnej. Staramy się zlikwidować przy zębie lokalny stan zapalny przez wyłyżeczkowanie ziarniny, otaczającej chory ząb, zwykle zakażonej i przeszkadzającej prawidłowemu gojeniu się. Łyżeczkowanie takie, zresztą, w literaturze znane i podawane, daje dobre wyniki nawet przy głębszych kieszonkach.

Pomocnicze tylko znaczenie w usunięciu stanu zapalnego mają leki, wprowadzane do kieszonek zęba. Leki te w żadnym razie nie powinny zniszczyć zdrowej tkanki okolicy przyzębowej.

Stan zapalny, leczony w powyższy sposób, zwykle po kilku opatrunkach winien zmienić obraz i przejść w formę łagodniejszą. Jednak doszczętne usunięcie jego uzależnione jest *od usunięcia czynnika mechanicznego*. Napotyka ono na daleko większe trudności, aniżeli usunięcie stanu zapalnego. Rozpoznanie narzuca tu nam sposób jego usunięcia.

Ponieważ we wszystkich tych przypadkach *przeciążenie zęba* jest istotną częścią schorzenia, cała nasza uwaga i zabiegi będą dążyły do usunięcia tegoż.

Pomijam tu przypadki, w których jakakolwiek praca lekarska w jamie ustnej stanowi punkt wyjścia przeciążenia zęba, ewentualnie zębów, a więc nieprawidłowe plomby, wszelkie dostawki ruchome czy stałe oraz uzupełnienia protetyczne wszelkiego rodzaju.

Oczywiście, wszystkie te przyczyny przeciążenia, lub nieprawidłowego przeciążenia zębów, muszą być koniecznie zmienione, to znaczy, albo dostosowane do prawidłowych warunków zgryzowych, albo też usunięte. Natomiast w przypadkach przeciążenia zębów na skutek braków w uzębieniu odciążenie pozostałych zębów nie jest do pomyślenia bez natychmiastowej racjonalnej protezy, służącej możliwie w wydatny sposób do rozdrabniania pokarmów.

Podkreślam „racjonalnej", gdyż wogóle protetyczne zabiegi w jamie ustnej są częstą przyczyną zaburzeń zgryzowych przez ich niecelowe, nieracjonalne, nielekarskie zastosowanie. Dokładność, celowość i racjonalność w budowie robót protetycznych w jamie ustnej *zmniejsza* w przyszłości w dużych odsetkach *przypadki schorzeń przyszyjkowych*.

Natomiast poważne i trudne zadanie powstaje z chwilą, gdy przystąpimy do leczenia tych przypadków przeciążenia, których źródłem są jakiekolwiek zaburzenia zgryzowe przy zębach, tkwiących w szczęce na skutek, czy to przesunięć, czy to wysunięć, czy też przemieszczeń zębowych.

W tych razach jedynym sposobem, jaki przy najrozmaitszych próbach okazał się celowym i racjonalnym, jest *przypiłowanie i dopiłowanie zębów*. Zabieg ten stosuję od r. 1921.

Gdy w pierwszym czasie do przeprowadzenia jego przystępowałem z pewnemi obawami, obecnie stosuję go *szeroko bez wątpliwości*. Zabieg jest prosty. Racjonalne zastosowanie jego nastręcza jednak niejedne trudności. Pod tym względem podzielam Gotlieba.

Umiejętne przeprowadzone dopiłowanie zębów jest prawdziwą sztuką i dużo trzeba wytrwałości i pracy, ażeby zabieg ten stał się w rękach naszych skuteczną bronią.

Z początku stosowałem zabieg ten przy poszczególnych zębach. Dzisiaj stosuję go w całej rozciągłości przy wszystkich zębach, normując w ten sposób zgryzy. Technicznie zabieg ten przedstawia się tak, że za pomocą dużego kamienia karborundowego przypiłowywuję zęby najpierw szczęki dolnej, a więc powierzchnie żujące trzonowców i dwuguzkowców oraz sieczne siekaczy i kłów, dążąc do wytworzenia prawidłowej powierzchni zgryzowej, podobnie, jak to czynimy w zgryzadle z zębami sztucznemi dla bezzębnych szczęk.

Do warunków w dolnej szczęce dostosowuję zęby górnej szczęki, tak, że zęby dolnej i górnej szczęki wzajemnie stykają się z sobą szerokiemi powierzchniami. Niebezpieczeństwo powstania głębokiego zgryzu odpada, ponieważ przednie zęby ulegają także skróceniu, przyczem biorę pod uwagę, podobnie jak przy protezach, stosunek ich długości do brzegu górnej wargi.

Ponieważ doświadczenie na licznym materjale klinicznym przekonało mnie, że tylko idealne warunki zgryzowe chronią zęby przed przeciążeniem, nie cofam się w dążeniach moich nawet przed dewitalizowaniem zęba, o ile tego wymaga przywrócenie prawidłowej linji zgryzu.

Jedyną słabą stroną przypiłowania zębów jest to, że zęby przypiłowane są mniej lub więcej wrażliwe przez kilka dni, tygodni, a czasem i kilka miesięcy na zimno i kwasy. Objaw ten nie jest dla mnie powodem, ażeby przypiłowywać zęby w większych przerwach. We wszystkich tych razach, kiedy zęby są rozchwiane w takich stopniu, że najlżejszy ucisk uraża je, a jednak dążymy do zachowania ich, *odpowiednia szyna* jakiejkolwiek bądź formy, byleby celowo zbudowana, uchroni je od zbytecznego przeciążenia.

Stosując powyższe zabiegi, możemy liczyć na ich skuteczność jedynie wówczas, jeżeli pacjenci zechcą i zdołają utrzymać stan higjeniczny jamy ustnej. Stosowanie szczoteczki powinno być w każdym przypadku spraw przyszyjkowych, a także po ich wyleczeniu, szczególnie pacjentowi zalecane, a ważność czyszczenia zębów po każdym jedzeniu zaakcentowana.

W tych przypadkach, gdy sprawy zapalne przyszyjkowe powstały tylko na skutek zaburzeń lokalnych w jamie ustnej, zabiegi, z któremi zapoznaliśmy się, *wyczerpują* nasze leczenie. W tych zaś razach, a są one w przewadze, w których zachodzą jakiekolwiek wątpliwości co do ogólnego stanu zdrowia, gdzie są podejrzenia, że obraz zaniku dziąseł, wywołany jest obniżeniem odporności tkanki otaczającej ząb na skutek jakichkolwiek zaburzeń ogólnych, czy też zaburzeń czynnościowych jakiegokolwiek ważnego organu, współpraca z lekarzem-internistą przy zwalczaniu cierpienia przyszyjkowego jest nieodzowną.

## Zakończenie.

W Polsce sprawa wpływu czynnika mechanicznego w paradentozach również jest niedoceniana. Błądzimy po najróżnorodniejszych teorjach i leczymy w najrozmaitszy sposób. Zdarzają się u nas jeszcze przypadki masowego wyjmowania zębów w tym celu, aby ochronić w ten sposób pozostałe jeszcze zdrowe zęby przed zakażeniem. Operujemy, czy potrzeba,

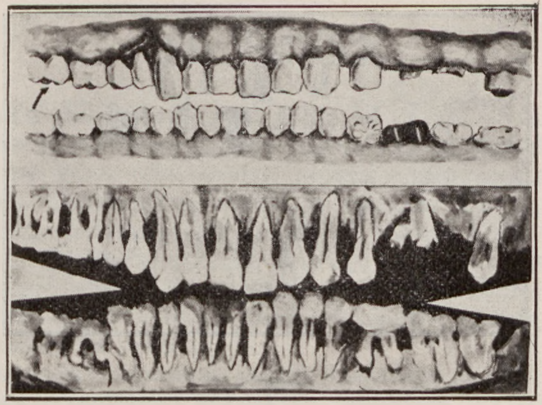
czy też nie, tak zwane „kieszonki przyszyjkowe". Stosujemy szeroko najróżnorodniejsze szczepionki tak zagraniczne, jak i krajowe.

Tem większe więc uznanie należy się, mojem zdaniem, organizatorom Sekcji Stomatologicznej, że podczas ostatnich czterech Zjazdów Lekarzy i Przyrodników w odrodzonej Polsce, trzy razy sprawa paradentozy była rozważana.

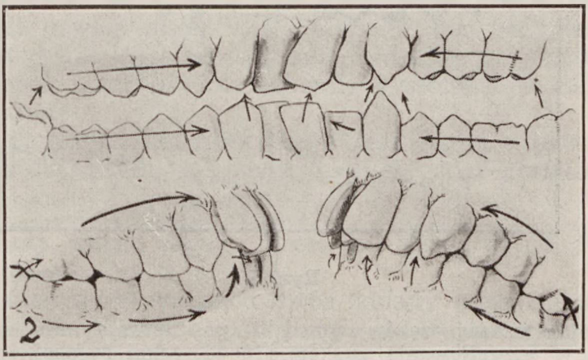
Jeżeli nam się uda uzgodnić nasze poglądy i wprowadzić choć pewną poprawę w leczeniu spraw przyszyjkowych, wówczas dentystyka polska tak w dziedzinie naukowej, jak i praktycznej spełni swoje posłannictwo, uwalniając społeczeństwo od schorzenia, niszczącego jego uzębienie.

## Piśmiennictwo.

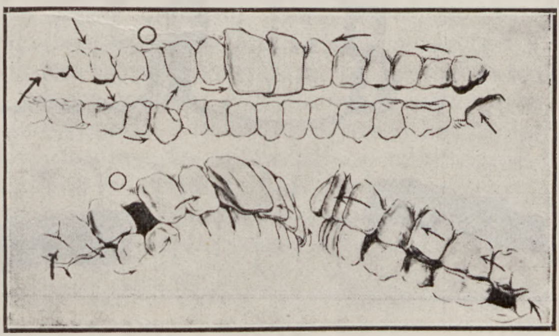
1) *Dr. R. Neumann:* Die Behandlung der sogenannten Alveolarpyorrhoe und der anderen Paradentosen. 1924. 2) *W. Dewey:* Pathology of the mouth 1925. 3) *E. Kiefer:* Paradentosenbehandlung mit besonderen Berücksichtigung Entlastung. 1932. 4) *Karoyi dr.* Beobachtungen der Pyorrhöea alveolaris und Caries Dentium. Oester. — Ung. Viertelj. f. Zahn. 1902 und 1911. 5) *Gottlieb:* Zur Aetiologie und Therapie der Alveolarpyorrhoe Oesterr. Zeitschr. f. Stom. 1920 Heft 2. 6) *K. Falck.* Die Ueberlastungstheorie. Zeitschr. f. Stom. 1923 Heft 6. 7) K. *Häupl:* Zur Patogenese der Paradentitis profunda, Zeitschr. f. Stom. 1926, Heft 3. 8) *H. Sachs:* Ueber den psychogenen Faktor bei Paradentosen. Viertelj. f. Zahnheilk. 1926 H. 4. 9) *K. Häupl:* Zur Pathogenes der Paradentitis u. prof. — Schluss Viertelj. f. Zahnheilk. 1926 H. 4. 10) *M. Schwarz:* Ueber die Bewegung belasteter Zähne — Zeitschr. f. Stom. 1928 H. 1. 11) *Häupl:* Kritische Bemerkungen zur Schmutz-Pyorrhoe und Paradental-Pyorrhoe V. f. Z. 1928, H. 1. 12) *M. Schwarz:* Mathematische Uberprüfung des Verhaltens Ueberlasteter Zähne. Z. f. S. 1928 H. 1. 13) *Haber:* Die Bedeutung des Kaudruckes für die Entstehung der paradentalen Erkrankungen. Z. Rundsch. 1929 H. 1. 14) *M. Shcwarz:* Ein weiterer Beitrag zur Frage der Bewegung belasteter Zähne. Z. f. S. 1929 H. 6. 15) *H. Back:* Untersuchungen ueber die Aetiologie der chronischen Alveolarpyorhöre und Versuch einer kausalen Therapie. Z. f. S. 1930 H. 11. 16) *Weinmann:* Stoffwechseluntersuchungen bei der diffusen Athrophie des Alveolarfortsatzes. Z. f. S. 1930. H. 12. 17) *Gross:* Veränderungen im Periodontium bei überlasteten menschlichen Zähnen. Z. f. S. 1931 H. 4. 18) *Cohen:* Stoffwechseluntersuchen bei Paradentalpyorrhoe und diffuser Atropie. Z. f. S. 1931 H. 9. 19) *Pulay:* Zur Klinik und Therapie des Paradentos. Z. f. S. 1931 H. 11. 20) *Orbau:* Zahnfleischtasche und Epitelansatz. Z. f. S. 1931 H. 12. 21) *Boenheim:* Der respiratorische Stoffwechsel bei Paradentose Z. Rundsch. 1931 H. 31. 22) *Hans Sachs:* Die Bedeutung der Wechselbeziehungen von Körper und Seele für Aetiologie und Therapie der Paradentose. Z. Rundsch. 1931 H. 47. 48. 49 und 2 1932. 23) *Gottlieb u. J. Weimann:* Paradentalpyorrhoe und Alveolaratrophie. Die Fortsch. d. Zahnhkunde 1932 und 1933. 24) *Orbau:* Diagnose und Therapie der „Pyorrhoe" Z. f. S. 1932 H. 2. 25) *Prawednikow:* Symptomatische Behandlung von Paradentosen. Z. f. S. 1932 H. 2. 26) *Landgraff:* Untersuchungen des Blutharnsäuregehaltes bei Paradentosekranken. Z. f. S. 1932, H. 2. 27) *Prawednikow:* Symptomatische Behandlung von Paradentosen (sog. Alveolarpyorrhoe) in den Verhältnissen einer Poliklinik. Z. f. S. 1932 H. 2. 28) *Lindenbaum:* Zur Pathogenese der Paradentosen. Z. f. S. 1933 H. 16. 29) *Prof. Adrion:* Gewebsveränderungen in Zugzone des Paradentiums unter traumatischen Einfluss. D. Monatsch. F. Zahnhkunde. 1933 H. 3. 30) *Josef Rudolf:* Ueber Veränderungen des Periodontiums durch Entlastung. D. Monatssch. f. Zahnhkunde 1933 H. 23. 31) *Adloff:* Einige kritische Bemerkungen über die Aetiologie des Caries und der Alveolarpyorrhoe. Vierteljsch. f. Zahnhkunde 1933 H. 1. 32) *Gorczyński:* Zmiany kliniczne w okolicy przyzębnej w niektórych chorobach wewnętrznych, Polska Stomatologja. 1934. Z. 4/5.



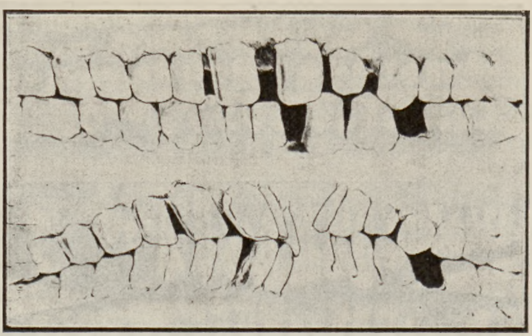
Rys. 1.
Wszystkie stopnie zapalenia w obu szczękach, największe przy prawym kle. Przyczyna zębowa: dolny prawy ząb mądrości wywołuje przesunięcie górnych zębów ku przodowi. Pomimo nieznacznych objawów klinicznych w jamie ustnej, rentgen wykazuje (dolny obraz) rogległe zmiany wyrostka zębodoło·ego.




Rys. 2.

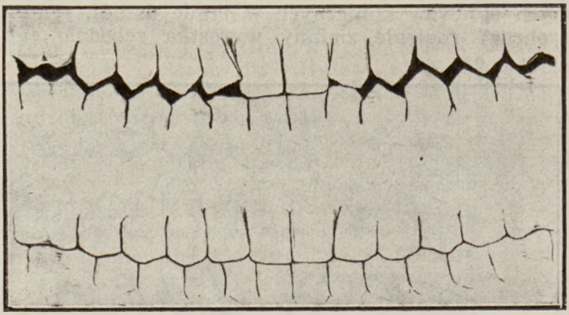


Rys. 3.
Dwa (rys. 2 i 3) przykłady działania sił, wywołujących przesuwanie się zębów. oraz przeciążenie ich. Przyczyna zębowa: dolny ząb mądrości.



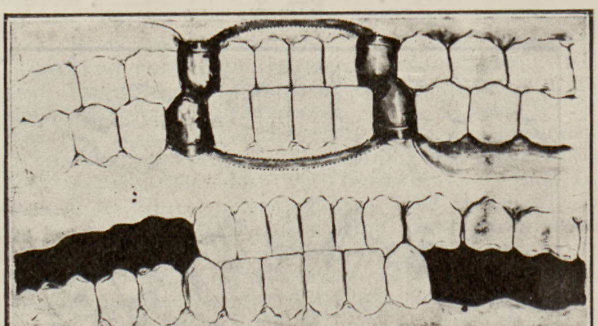
Rys. 4.

Przykład przyczyny niezębowej. Wysunięcie i rozsunięcie się zębów na skutek nadmiernie rozwiniętego języka (macroglosus). Leczenie: klinowate wycięcie języka.



Rys. 5.

Przykład leczenia: szereg zębów przed i po unormowaniu zgryzu za pomocą przypiłowania guzków i powierzchni żującej.



Rys. 6.

Leczenie za pomocą zastosowania protezy. Przeciążenie zębów przednich na skutek braków w obrębie dwuguzkowców i trzonowców.

# Dział streszczeń.

**Zapalenie szpiku kostnego szczęki dolnej w związku z urazem.** Dr. Bonne-Roy F. Annales de Medicine Legale. 1932 r. Czas. S. Lek. 2 r. 1933.

W jednym przypadku uraz godził bezpośrednio w szczękę dolną, nie uszkadzając jednak bezpośrednio skóry; w miejscu urazu był wylew krwawy. Po paru dniach rozwinęło się zapalenie szpiku kostnego szczęki dolnej, połączone z dość ciężkim stanem chorego i wysoką ciepłotą ciała. Wykonano szereg nacięć w okolicy szczęki, usunięto 13 zębów. Po wyleczeniu szczęka przedstawia się w postaci cienkiej blaszki kostnej, nadającej się z trudnością do założenia protezy.

W drugim przypadku zapalenie szpiku kostnego szczęki dolnej rozwinęło się w następstwie ogólnego zakażenia, punktem wyjścia którego było nieznaczne zranienie prawego kciuka. Leczenie trwało około roku. W tym czasie u pacjenta stwierdzono: przerost pozapalny obu części twarzy, obrzęk gruczołów podszczękowych oraz niewielkie blizny na twarzy, niezagojone przetoki i wadliwy zgryz.

W pierwszym przypadku nasuwają się pewne wątpliwości co do związku pomiędzy urazem a zapaleniem szpiku kostnego, gdyby nie było tu naruszenia ciągłości powłok miękkich; dlatego można przypuścić, że zródłem zakażenia mógł być jakiś zepsuty ząb, o którym pacjent mógł nie wiedzieć. Tem niemniej uraz był momentem, wywołującym zakażenie, chociaż nie bezpośrednio.

Co do drugiego przypadku, to związek jest jasny: z powodu zranienia palca, wywiązało się ogólne zakażenie i drogą krwi doszło do zapalenia szpiku kostnego.

**Wrzód gruźliczy wargi górnej.** Prof. dr. Minne et dr. Priem. Revue Belge de Stomatologie, Nr. 2, r. 1933.

Często spotykane są na wargach różne zmiany wrzodziejące, które nieraz są bagatelizowane. Wczesne rozpoznanie ma bardzo ważne znaczenie.

Pacjent skierowany został do kliniki uniwersyteckiej z rozpoznaniem prowizorycznem: gruźlica wargi.

Autorowie rozpoznanie to uzupełnili, orzekając: *wrzody gruźlicze wargi górnej*. Były one formy okrągłej, każdy średnicy 1½ cm., o brzegach wystających, w głębi barwy sinej; stwardnienia nie było; otoczenie lekko nacieczone, dno pokryte płynem krwistym, po usunięciu widoczna powierzchnia ziarninowa, czerwonawa z gruzełkami prosówkowemi barwy lekko żółtej, zwłaszcza po brzegach. Choroba pozostaje bez zmian w ciągu roku. Ból bywa niekiedy tak silny, że uniemożliwia odżywianie i mowę. Niema nacieczonych gruczołów. Wszystkie objawy są charakterystyczne dla wrzodów gruźliczych, których rozpoznanie może się wahać wobec dalszych komplikacyj pod postacią nacieczenia szerokiego, zajmującego całą szerokość policzka i kąty warg.

Przypadki gruźlicy skóry należą do rzadkości. Pierwsza obserwacja Coyne'a odnosi się do r. 1871 i dotyczy kobiety, cierpiącej na gruźlicę płuc i mającej na twarzy różę; wrzód gruźliczy ulokował się w okolicy ucha i skroni. Badanie histologiczne stwierdziło obecność gruzełek gruźliczych.

Jawisch i Chiavi opisali w r. 1879 wrzody gruźlicze ucha i warg. Cormil i Babes studjowali wrzody gruźlicze narządów płciowych kobiecych. Owrzodzenie grużlicze narządów płciowch męzkich było obserwowane przez Hillairet'a, Julliard'a, Kraske'go i Michaud'a. Ostatne były następstwem gruźlicy organów rozrodczych i płciowych; jak zawsze, wrzody gruźlicze są wtórne; pierwotne zdarzały się z powodu obrzezania rytualnego.

Około 1890 r. Vallas zebrał wszystkie przypadki i jedynie 33 obserwacje w całej literaturze medycznej, między niemi: wargi dolnej 7 i górnej 4. Okolicznością, która sprzyja powstawaniu wrzodu gruźliczego skóry jest przedawniona gruźlica płuc lub kiszek.

Zarazek infekcyjny może być drogą krwiobiegu zaniesiony do uszkodzonego miejsca. Lasecznik często wydostaje się nazewnątrz, pozostaje na skórze, gdzie zaszczepia się wokoło małej ranki. Te przypadki są b. pospolite.

U pacjenta autorów istniała chroniczna gruźlica; usunięcie zęba, które miało miejsce w marcu 1932 roku było, według pacjenta, sprzyjającym czynnikiem do powstawania małego uszkodzenia na wardze, następstwem czego było powstanie dwóch wrzodów gruźliczych. Nacieczona tkanka mogła być następstwem infekcji wtórnej, wrzodów gruźliczych.

Trwanie schorzenia: przeszło rok; szybki rozwój, charakter kliniczny (forma wrzodu, głębokość), obecność gruźlicy płuc, znaczne pogorszenie ogólnego stanu zdrowia, brak objawów syfilisu dziedzicznego, lub nabytego — wszystkie te objawy pozwalają na ustalenie rozpoznania wrzodu gruźliczego.

Leczenie jest trudne; niema tu absolutnych reguł. Stosowanie kwasu mlekowego dało po dość długim czasie rezultat dobry. Stosowanie nadmanganianu potasu w proszku nie dało wyniku. Chory po 15 dniach miał zastosowaną maść, składającą się z 10% kalomelu i 5% kw. salicylowego; ponadto otrzymał zastrzyki miedzymięśniowe z oliwy i kalomelu (10% kalomelu i 1 $cm^3$). Zastrzyki te są bardzo bolesne i źle znoszone przez pacjentów. Chory otrzymał 3 zastrzyki. Już po drugim było znaczne polepszenie: zmiękczenie nacieczonego policzka, oczyszczenie wrzodu, ukazanie się ziarniny, zniknięcie bólu. Ten sposób leczenia zawsze dawał doskonałe wyniki. Jeżeli sposób ten nie prowadzi do wyzdrowienia i całkowtego zabliźnienia wrzodu, to oczyszcza teren z infekcji wtórnej i zostawia do leczenia czystą ranę, którą można przepłókiwać, albo przypalić, co, zresztą ma podwójne znaczenie, bowiem zapobiega krwotokom i rozpraszaniu się bakterji.

*Zofja N.*

**Gruźlica języka.** Dr. Mielnikow. Wraczebnaja Gaz. Nr. 12, r. 1931. W Cz. L. 2. 1932.

Gruźlica języka należy do schorzeń rzadkich, pomimo stałego kontaktu języka z plwociną, zawierającą laseczniki Kocha. Możliwe, że przyczynia się do tego budowa anatomiczna języka; według innych autorów, obecność w jamie ustnej obfitej flory drobnoustrojowej, hamującej rozwój laseczników, albo stałe spłókiwanie języka śliną. W Instytucie Przeciwgruźliczym w Saratowie w ciągu 5-ciu lat wśród 3364 gruźlików stwierdzono *gruźlicę języka* w 4 przypadkach. Cechami różniczkowo-rozpoznawczemi owrzodzeń języka, poza badaniem na laseczniki, są: w gruźlicy znaczny

ślinociek, gruzełki w otoczeniu, szaro-żółty nalot, bolesność przy dotyku; w kile: stosunkowo wcześnie rozpoczyna się rozpad; w raku języka: owrzodzenie łatwo krwawi, odór, bóle stałe.

**Doświadczenia z perkainą w praktyce dentystycznej i chirurgji szczęk.** Dr. Grobner. Zeitschrift f. Stomatologie, Nr. 32 r. 1932.

Do *znieczuleń miazgi* w dentystyce autor zaleca roztw. 2 i 3 *pro mille* perkainy z adrenaliną w zastrzykach zamiast 2 — 4% nowokainy.

Do *znieczuleń zębiny* zaleca 2 — 4% pastę perkainową wg. formuły

Percaini 1,0 — 2,0
Bol. alb. 40,0
Glycerini ad 50,0

Do *znieczulenia błon śluzowych* używa 1 — 2% roztw. perkainy w 0,9% rozczynie NaCl.

W ciągu przeszło półtora roku dokonano 1029 znieczuleń w postaci zastrzyków. Z tych w 970 przypadkach autor osiągnął znieczulenie wystarczające; w 59 przyp. użyto 2 ccm. roztworu 1 *pro mille*, wskutek czego znieczulenie okazało się niewystarczające. W porównaniu z nowokainą niema różnicy w znieczuleniu, ani w liczbie przypadków połączonych z zapaścią. Natomiast perkaina ogromnie przewyższa tę ostatnią długotrwałością znieczulenia, działaniem przeciwzapalnem (charakterystycznem dla pochodnych chininy) i brakiem bólów pooperacyjnych. Odpowiada on wymaganiom, jakie Braun stawia dobrym środkom, zastępującym kokainę.

*Dr. Fr. S.*

**Rzekomy świąd dziąseł w okresie ząbkowania.** Dr. Alarcon, Meksyk. Le Nourrisson, Nr. 4, 1933, Klinika Wsp. z. 1. r. 1933.

Przyjęto ogólnie, że wyrzynanie się zębów wywołuje świąd dziąseł, który zmusza niemowlę do tarcia dziąseł i chwytania do ust wszelkich przedmiotów twardych, w celu zmniejszenia swędzenia. W tym też celu wytwarza się przedmioty kauczukowe, do których niemowlęta przyzwyczajają się, a które trudno im później odebrać. Naogół przyjęte jest, że wyrzynanie się zębów jest sygnalizowane świądem dziąseł, który zapowiada rychłe zjawienie się zębów. Pewien wybitny dentysta utrzymuje, że tarcie dziąseł jest odruchowe i jest niezbędne, by ząb mógł przebić śluzówkę i wydostać się nazewnątrz.

Autor kwestjonuje istnienie świądu, a tarcie zębów uważa za taki sam odruch, jak odruch ssania, obydwa dążące do zaspokojenia instynktu żywienia się. Odruch ten jest wywołany przez wzmożone napięcie mięśniowe ogólne, a więc i mięśnie, przeznaczone do czynności żucia, które w tym okresie nie mają możności pożytecznego ćwiczenia się. Mięśnie bezczynnej szczęki, obdarzone dużą możliwością dynamiczną, pracują, by przygotować przyszłą czynność i wpłynąć na rozwój ośrodka centralnego, który w przyszłości będzie kierował czynnością żucia. Niema świądu ani bólu, gdyż ból nie pozwalałby na uciskanie miejsc czułych i zmuszałby do trzymania ust otwartych, jak to ma miejsce przy schorzeniach w jamie ustnej (stomatitis aphtosa). Odruch żucia zależy przedewszystkiem od wzmożonego napięcia mięśniowego, właściwego noworodkom i niemowlętom, z drugiej

strony od konieczności zaspokojenia instynktu żywienia się. Odruch ten przez ćwiczenie sprzyja rozwojowi ośrodka, który powinien w przyszłości kierować funkcją rozdrabniania pokarmów stałych, pierwszą fazą trawienia.

# Odgłosy.

## Z AKADEMJI STOMATOLOGICZNEJ W WARSZAWIE.

### Uroczystość wręczenia dyplomów absolwentom. Rok. akad. 1932/33.

W dniu 8 grudnia r. 1933 w Auli Głównej Wszechnicy Warszawskiej, o godz. 12 w południe, odbyło się wręczenie dyplomów absolwentom Ak. S. Na uroczystość przybyli przedstawiciele władz, instytucyj państwowych i prywatnych, profesorowie Wszechnicy Warszawskiej i Ak. Stom., przedstawiciele prasy ogólnej i zawodowej, zrzeszeń zawodowych, zaproszeni goście, rodziny i znajomi absolwentów oraz młodzież akademicka. Aula wypełniła się publicznością po brzegi. Na wstępie Rektor Akademji Stomatologicznej, Prof. Dr. med. Roman Nitsch, powitał zebranych i wygłosił następujące przemówienie:

„Rozpoczynając dzisiejszą uroczystość, witam panów przedstawicieli stowarzyszeń zawodowych, prasy i wszystkich gości, którzy zechcieli przybyć na nasze zaproszenie.

Od początku powstania P. I. D. w roku 1920 czekaliśmy na tę chwilę, kiedy będzie można wręczyć absolwentom naszym dyplomy akademickie. Dziś ta chwila radosna dla nas i dla uczniów A. S., a także dla całego świata lekarzy-dentystów w Państwie Polskiem nadeszła. Dzięki zrozumieniu znaczenia i potrzeby lekarzy-dentystów dla Państwa przez Ministerstwo W. R. i O. P. z Panem Premjerem Jędrzejewiczem i Panem Ministrem Żongołowiczem na czele, dzięki zrozumieniu i poparciu ich zamierzeń przez grono posłów i senatorów Rzeczypospolitej w Ustawie o szkołach akademickich z dnia 15 marca 1933 r. dawny P. I. D. został zaliczony do szkół akademickich.

Wyrażam gorącą wdzięczność wszystkim tym osobom, znanym i może mi nieznanym, których staraniem i zabiegom zawdzięczamy akademizację P. I. D., wreszcie Jego Magnificencji Panu Rektorowi Uniwersytetu Warszawskiego za udzielenie nam Auli uniwersyteckiej na naszą uroczystość.

W dniu dzisiejszym ma otrzymać dyplomy lekarzy-dentystów 86 kobiet i 26 mężczyzn, a w październiku zostało imatrykulowanych na pierwszy rok Akad. Stomat. 91 kobiet i 22 mężczyzn.

Ten napływ kobiet do A. S. ma, oczywiście, swoje ważne powody, o których tu nie będę mówił, ale w każdym razie przyczyną tej przewagi kobiet nie jest tu jakieś uprzywilejowanie

ich ze strony władz A. S. Przeciwnie, na podstawie obserwacji wieloletniej w P. I. D. twierdzę, że mężczyznom łatwiej się jest dostać do nas, niż kobietom. Jeżeli więc mężczyźni znajdują się u nas w takiej mniejszości, to tylko z tego powodu, że nie garną się do zawodu dentystycznego tak licznie, jak kobiety, i że wyniki egzaminu konkursowego nie pozwalają na ich liczniejsze przyjęcie.

Zwracam się teraz do absolwentek i absolwentów, którzy mają za chwilę otrzymać pierwsze dyplomy A. S. Spotyka was, Panie i Panowie, zaszczyt pierwszeństwa, na które nie zasłużyliście sobie może więcej, niż wasi starsi koledzy i koleżanki przez dzisięć lat istnienia P. I. D. Wzywam was, abyście nigdy nie zapomnieli o tem, że jesteście pierwszymi lekarzami-dentystami, którzy otrzymali dyplomy w A. S. Pamiętajcie o tej uczelni swojej, pracą swoją okażcie, że Akademja ta spełnia pożyteczną i potrzebną rolę w Państwie, i zachowaniem się swojem gruntujcie dobrą opinję o sobie i o uczelni, która was w świat wysyła.

Tych, z was, którym materjalnie dziać się dobrze będzie, wzywam też do tego, aby pamiętali o swoich niezamożnych młodszych kolegach i koleżankach, studjujących w A. S. i aby przychodzili im z pomocą, zapisując się na członków Kół Przyjaciół Akademika. Jest to prośba, którą Rada Naczelna do spraw pomocy akademickiej wystosuje do wszystkich absolwentów uczelni wyższych.

Obecnie zwracam się specjalnie do pań, które dzisiaj otrzymają dyplomy, aby pozostały wierne swemu zawodowi, aby go nie porzucały z lekkiem sercem, czy to po zamążpójściu, czy z innych powodów. Pamiętajcie, Panie, o tem, że będą zawsze ludzie powołani do tego i niepowołani, co będą śledzić wasze postępki, a z tego, że pewien procent was opuści swój zawód, kuć będą broń przeciw waszym młodszym siostrom, lub córkom waszym, aby im utrudnić wstęp do uczelni akademickich, a specjalnie do A. S. Starajcie się, Panie, których zdolności na to pozwalają, a jestem pewny, że znajdują się takie wśród was, pracować także naukowo. Obserwujcie, gromadźcie spostrzeżenia i doświadczenia wasze, ogłaszajcie ciekawe przypadki ze swej praktyki, aby okazać, że nie mają słuszności ci, co utrzymują, że stomatologja w Polsce dlatego mało się rozwija, że zawód ten opanowują ilościowo kobiety, a więc dlatego niema tam komu pracować naukowo.

Nie bądźcie, Panie, tylko biernym elementem, tak jakby nie było wśród was jednostek zdolnych i energicznych, które z pewnością potrafiłyby zająć także i w zawodzie stomatologicznym niejedne z tych przodujących stanowisk, zajmowanych stale przez mężczyzn. Same wyznaczacie sobie rolę w ten sposób drugorzędną. Jeżeli się chce być pełnowartościowym pracownikiem w swoim zawodzie, nie należy z góry usuwać się od stanowisk przodujących, czy to ze zbytku skromności, czy z braku wiary w swoje siły i zdolności. Tylko w ten sposób, że

same uważać będziecie się za równorzędne z waszymi kolegami, udowodnijcie, Panie, że potraficie godnie reprezentować stomatologję polską, że zatem słuszność mają ci, co otworzyli wam podwoje wyższych uczelni i chcą wam pomagać w pracy tak, jak i waszym kolegom.

Zmuszony jestem, wreszcie, dotknąć tu i tej najboleśniejszej sprawy, która najwięcej wam szkodzi, to sprawy osłaniania swoim dyplomem mężczyzn, nie mających żadnego prawa do wykonywania zawodu lekarza-dentysty. Czy to, jako żony, czy jako wynajęte pracownice pozwalały niektóre jednostki z pomiędzy dawniejszych wychowanek P. I. D. używać swojego dyplomu niesumiennym osobnikom do wprowadzenia w błąd chorych i władz. Ciężki ten zarzut odnosi się tylko do kobiet, bo, o ile mi wiadomo, ani jeden taki wypadek nie został dotąd stwierdzony wśród lekarzy-dentystów mężczyzn, wychowanków P. I. D.

Po tych moich słowach zachęty i przestrogi, których nie bierzcie mi, Panie, za złe, bo musiałem je koniecznie powiedzieć, a nie wiem, gdzie miałbym je powiedzieć z większym skutkiem, niż w tej uroczystej dla was godzinie, kiedy nas opuszczacie, Panie i Panowie, pierwsi absolwenci A. S.; wiedźcie, po 4 latach razem przepracowanych, żegnamy was ze wzruszeniem, tak, jak co roku dotąd żegnaliśmy tę setkę mniej więcej opuszczającej nas młodzieży. Idźcie w świat i pracujcie uczciwie każdy na swojem stanowisku".

Z kolei ustępujący dyrektor b. Instytutu Dentystycznego, Prof. Dr. med. Franciszek Czubalski, omówił wszechstronnie działalność uczelni, podając szereg danych i cyfr statystycznych, obrazujących pracę grona profesorskiego i studentów (szczegółowe sprawozdanie podamy następnie).

Kierownik katedry techniki protetycznej Akad. Stom., zast. prof. dr. med. Witold Cybulski, wygłosił wykład p. t. „Zagadnienia protetyki dentystycznej w świetle nauki a życie codzienne".

Następnie odbyło się wręczenie dyplomów absolwentom. Prof. Nitsch odczytał tekst ślubowania, poczem absolwenci i absolwentki przez podanie ręki prof. Nitschowi przyrzekali spełniać etycznie i należycie swoje obowiązki zawodowe.

Tekst ślubowania brzmi:

„Gdy Pan... uczynił... zadość warunkom przepisanym, w celu uzyskania stopnia naukowego lekarza-dentysty, wzywam Pana... do złożenia przede mną przyrzeczenia, że Pan... okaże się godn... stopnia uzyskanego, że, spełniając powołanie swoje, przestrzegać zawsze będzie ściśle i sumiennie nakazów i zakazów, zawartych w obowiązujących w tej mierze przepisach, tudzież, że od tych obowiązków nie da się odwieść nigdy jakiemikolwiek względami. Podaniem ręki stwierdzi Pan..., że zawsze pomn... będzie swych obowiązków lekarza-dentysty".

Otrzymali dyplomy:

1) Ansorge H. E. dyplom z odznaczeniem, 2) Mickiewicz M. W. dyplom z odznaczeniem, 3) Ajzensztejn S., 4) Antonowicz I., 5) Anusiak vel Janusiak Z., 6) Arciszewska R., 7) Badura J., 8) Ber R., 9) Berger I., 10)

Berebejczyk R., 11) Berkowicz L., 12) Bojarska H., 13) Bridge St., 14) Brzostowska J., 15) Butkiewicz J., 16) Dagajew Wł., 17) Chorzeska J., 18) Sosjevs z Daniłowiczów N., 19) Dominik K., 20) Dulewicz E., 21) Dworecki M., 22) Ehrenkreutz H., 23) Erbrich R., 24) Ettinger H., 25) Frankowska B., 26) Ganew D., 27) Gesperowicz J., 28) Gestel D., 29) Gościcka A., 30) z Gniazdowskich Strupczewska M., 31) Gricman I., 32) Hankiewicz E., 33) Jacynicz J., 34) Jankowska I., 35) John H., 36) Jurzyk J., 37) Kacenelenbogen Z., 38) Kajkowski R., 39) Kamińska J., 40) Kempler A., 41) Kędzierska J., 42) Kępka J., 43) Klein J., 44) Kleniewska J., 45) Z Kołomyjskich Nowakowska H. F., 46) Kornreich A., 47) Kowalska J., 48) Kowalska M., 49) Jordan - Krąkowski W., 50) Krześniak St., 51) Kściuczyk K., 52) Kurowska J., 53) Kurzawińska H., 54) Lebioda J., 55) Lewandowski J., 56) Lifszyc I., 57) Łabiszewski J., 58) Łempicka W., 59) Łyżwińska Z., 60) Madejka J., 61) Markstein M., 62) Markus H., 63) Mazurkiewicz H., 64) Medyńska I., 65) Mesis A., 66) Milgrom M., 67) Z Mordasów Wysocka N., 68) Moszyńska D., 69) Myćka E., 70) Nesterczuk E., 71) Niewczas J., 72) Nowacka St., 73) Olearczyk A., 74) Pawlikowska W., 75) Pawłowska A., 76) Petrow A., 77) Pisańska I., 78) Plewako Z., 79) Pieśla N., 80) Prószyńska M., 81) Pągowski Z., 82) Rozen E., 83) Rynecka B., 84) Z Rutkowskich Zawistowska J., 85) Sadowska K.,86) Samborska H., 87) Samborska J., 88) Sawczew S., 89) Siderowa Stefanowa Dona, 90) Siekierzyńska I., 91) Sobczyk W., 92) Staśkiewicz J., 93) Steinmetz I., 94) Strauch W., 95) Schoen H., 96) Sukaczew M., 97) Z Szwarców Gligsberg R., 98) Tenenbaum Ch., 99) Tonn P., 100) Turowska I., 101) Wajntraub H., 102) Z Wenjaminów Iżycka-Herman I., 103) Wodnicka M., 104) Wojciechowska P., 105) Wojnarowskyj R., 106) Zalewska M., 107) Zielińska M., 108) Ziółkowska S., 109) Zukowska E., 110) Terpiłowska M., 111) Zaremba A., 112) Zawadzka W.

Ogółem otrzymało dyplomy 112 osób, w tem 91 kobiet i 21 mężczyzn.

Po wręczeniu dyplomów, przemówienie wygłosił przedstawiciel „Bratniej Pomocy“ studentów Akademji Stomatologicznej, stud. Burchardt:

> „W imieniu Bratniej Pomocy i ogółu studentów Akademji życzę Wam, koleżanki i koledzy absolwenci, by spełniły się wszystkie wasze nadzieje, jakie łączycie z dzisiejszą uroczystą chwilą. Dziś otwiera się wam szeroka droga do życia. Opuszczacie szeregi naszej młodzieży akademickiej, by wstąpić do szeregów innych, szeregów społeczeństwa starszego. Odbijacie dziś od brzegu na szerokie morze życia i wkrótce zniknie wam z oczu to wszystko, co was w tej chwili jeszcze po raz ostatni otacza. Pozostaną jednak wspomnienia. I im dalej tej chwili będziecie, tem częściej zechcecie pamięcią wracać do tych lat życia koleżeńskiego, do tych chwil wspólnie przeżytych w murach Akademji.
>
> Dziś przyjmujecie na siebie wielki ciężar odpowiedzialności wobec społeczeństwa, które potrzebuje ludzi tęgich w każdej gałęzi pracy ludzkiej. By jednak godnie spełnić swe zadanie życiowe, trzeba rozwinąć cały zapas sił swych i energji, a to potrafi ten, kto zawodowi swemu oddaje się z zamiłowaniem, które wyrabia tę wytrwałość, nie pozwalającą zwijać skrzydeł w

szczęściu, ani opuszczać ich w walce z przeciwnościami. To też tego hartu ducha, którego dziś tylu ludziom brakuje i dlatego łamią się, tej energji woli, bez której źle jest jednostce, a bieda społeczeństwu — tego gorąco życzę wam w imieniu młodzieży akademickiej".

Imieniem absolwentów przemówił absolwent Dominik, który zaznaczył:

„Zawód lekarza jest ciężki, trudny i odpowiedzialny. Zdajemy sobie dobrze sprawę z obowiązków, jakie na nas z dniem dzisiejszym spływają, zdajemy sobie dobrze sprawę, że chwila obecna jest dla nas przełomowa. Moment, w którym otrzymaliśmy z rąk Jego Magnificencji dyplomy, był chwilą zakończenia jednego znowu etapu naszego życia, okresu może najpiękniejszego. Stanęliśmy równocześnie wobec życia samodzielnego wraz z tem wszystkiem, co ono ze sobą przynosi. Jest to jednak, jakbym się wyraził, nasza uroczystość wewnętrzna. Dzień dzisiejszy ma bowiem jeszcze inne znaczenie, znaczenie niemal wręcz historyczne w dziejach naszej uczelni. Oto my stanowimy ostatnią grupę absolwentów P. I. D., ostatnią, na szczęście, grupę tych z niezrozumiałych dla nas powodów nie byli de facto w czasie swych studjów akademikami, chociaż byli niemi de nomine. Również i los dotychczasowych absolwentów P. I. D. tak na polu naukowem, jak i pod względem socjalnem, nie pozazdroszczenia godnym. Upokarzająca niemal ustawa farmaceutyczna, propozycja utworzenia wspólnych Izb Lekarsko-dentystycznych razem z technikami, niemożliwość doktoryzacji, czy habilitacji i inne jeszcze t. p. sprawy, były i są dla nas rzeczami smutnemi i przykremi niezmiernie, tem może przykrzejszemi, że sami nie rozumiemy, co było przyczyną tego, że lekarz, kończący medycynę, czy lekarz, kończący weterynarję, miał zapewnione inne prawa i przywileje, niżli lekarz, kończący dentystykę. Ta strona uprawnień powinna stać się terenem starań nietylko organizacyj zawodowych, lecz nie mniej, i w to wierzę głęboko, leżeć będzie na sercu władzom kierowniczym Akademji Stomatologicznej. Może piekące te sprawy uprawnień dadzą się rozwiązać jak najlepiej, tem bardziej teraz, gdy postulaty odnośne do naszej uczelni zostały szczęśliwie spełnione. Dzięki temu może przyszli absolwenci Akademji Stomatoogicznej znajdą się w lepszem, niż my obecnie położeniu, czego im z całego serca życzymy.

Dziś, gdy naszą pracę zawodową idziemy rozpocząć, gdy jesteśmy gotowi wziąć na siebie odpowiedzialność pracy samodzielnej, ufni w zdobytą wiedzę, czujemy głęboką wdzięczność i prawdziwy szacunek dla tych, którzy nam tę wiedzę dali. Rozumiemy dobrze, że mimo niezmiernie trudnych warunków, które dopiero częściowo w roku ubiegłym i to tylko pod względem lokalowym się poprawiły, potrafili Oni dać nam więcej, niż właściwie w tych okolicznościach można było oczekiwać. Dlatego też czuję się niezmiernie szczęśliwym, że mogę Wam

dziś z tego miejsca złożyć jak najserdeczniejsze podziękowanie i wyrazić uczucia prawdziwej wdzięczności.

Trudnoby jeszcze nie wspomnieć o jednej rzeczy. Przed chwilą przemawiał tutaj prezes Bratniej Pomocy Akad. Stom. Ile nie jeden z nas zawdzięcza tej organizacji, wiemy sami doskonale. Jako dawny jej prezes, trzymając więc stale rękę na pulsie jej działalności, mogę może najlepiej ocenić, ile razy w najcięższych chwilach, w chwilach, gdy zdawało się, że znikąd już pomoc przyjść nie może, ile razy wtedy właśnie Bratnia Pomoc wybawiała nas z największych często kłopotów, niejednokrotnie nietylko ułatwiając, ale nieraz formalnie umożliwiając dalsze kontynuowanie, czy też ukończenie studjów. Dlatego mogę zapewnić obecnego tu kol. Prezesa, że nikt z nas o „Bratniaku" nie zapomni i starać się będziemy zawsze o ile możności go wspomagać, aby tem skuteczniej mógł wśród młodzieży akademickiej zaszczytną swą rolę wypełniać.

Kończąc, pragnąłbym podziękować tym, którzy pod naszym adresem tyle serdecznych dzisiaj życzeń wypowiedzieli, pragnąłbym, wreszcie, podziękować tym wszystkim, którzy do uświetnienia dzisiejszej uroczystości swą obecnością przyczynić się raczyli, i sądzę, że najmilszą będzie dla was podzięką, jeśli z ust mych usłyszycie, że pracy swej i starań dołożymy w miarę sił i możności, by wiedzę, w tej uczelni pozyskaną, jak najlepiej wykorzystać dla dobra Ojczyzny i Narodu, bo bez różnicy wyznania, narodowości czy przekonań politycznych pragniemy być jak najlepszymi dla Państwa obywatelami, dla społeczeństwa lekarzami".

Po ukończeniu uroczystości, odbyło się ogólne zdjęcie grupowe, poczem obecni rozeszli się w poważnym nastroju, a rozradowana młodzież składała sobie wzajemnie życzenia.

*K.*

---

## POŚMIERTNE SZYLDY I OGŁOSZENIA DENTYSTYCZNE A ICH „CZCICIELSTWO".

Zawód dentystyczny, jak i inne zawody, doznający w dobie obecnego kryzysu prawdziwego „zawodu" błogich nadziei swego rozwoju i egzystencji materjalnej wykonawców, nie wkroczył bynajmniej w strefę... nieśmiertelności. Wykonawcy jego, jak i inni „śmiertelnicy", niestety, nadal rozstają się z tym grzesznym światem, bez różnicy, czy to ambitny potentat, szukający honorów i... dostatku, czy też maluczki, bezpretensjonalny, cicho toczący walkę o t. zw. chleb powszedni, o wspólne dobro — jeden wcześniej, nieraz z własnej woli, inny później, nie z własnej chęci; udają się oni w podróż daleką, bardzo daleką, do raju radosnego, lub piekła okrutnego. Religja, cuda, magja, fakiryzm, jogizm, cadykizm, najgenjalniejsze zdobycze medycyny, wiedza wszechludzka, nie stanowią tu odsieczy...

Różnie czci się, jak wiadomo, pamięć tych, którzy od nas odeszli na wieki. Bohaterom i zasłużonym stawiamy pomniki na wieczną ich pamięć,

budujemy muzea i gmachy, zakładamy instytucje dla najrozmaitszych celów, wydajemy poważne dzieła, piszemy poezje, poematy i wspomnienia na ich cześć, umieszczamy tablice marmurowe o odpowiednich napisach we właściwych miejscach i t. d., i t. d. Każda dziedzina naszego życia społecznego całkiem zasłużenie czci swoich wyróżnionych, którzy odeszli od nas w zaświaty...

Medycyna polska od czasów najdawniejszych ma też pokaźną liczbę poważnie zasłużonych. Świat lekarski, jak również społeczeństwo w różnych okresach czasu potrafiły należycie uczcić Ich zasługi.

Dentystyka polska, aczkolwiek ciągnie u nas swój rodowód od lat stu, w odrębnych znajdowała się warunkach. Można powiedzieć, w ciągu mniej więcej lat pięćdziesięciu od początku owej ery prawie jej nie było; nie można więc mówić poważnie o jej przedstawicielach, również o jej jakim bądź rozwoju.

Dopiero w roku 1898 dr. Bolesław Dzierżawski († 1907) pierwszy dentystykę polską ugruntował na trwałym fundamencie naukowym, powołując przedewszystkiem do życia pierwszy w języku polskim organ p. t. „Przegląd Dentystyczny". Nowa placówka zgromadziła koło siebie chętne do pracy jednostki, rozpoczynając okres rozwoju dentystyki polskiej, pomimo niesprzyjających warunków; rozwijała się ona nietylko naukowo, lecz i praktycznie.

Zawód nasz, niestety, nie docenił zasług tej zasłużonej jednostki i jej czynów; nie zrobiono zgoła nic, celem uczczenia drogiej dla nas Pamięci człowieka opatrznościowego, który w dziejach dentystyki polskiej tak wielką odegra rolę.

Nad naszemi inicjatywami w omawianej sprawie przechodziło się do porządku dziennego. Rozumowano widocznie:

„Non existentis nulla sunt jura".
„Kto nie istnieje, nie ma żadnych praw".

Czcimy istniejących czyli żyjących.

Postęp szybko kroczy naprzód. Mamy nowoczesnych czcicieli laski Eskulapa, jako godła ulicznego na szyldach o dwóch wężykach lub o jednym wężyku, mamy też spór o liczbę tych wężyków... dla wykonawców dentystyki (są wśród nas niezadowoleńcy z *różnicy ilościowej!* czy to bynajmniej nie wesołe zjawisko w życiu zawodu?) ; są, wreszcie, czciciele czy też czcicielki naszych nieżyjących, mających zasługi, że zajmowali jedynie... placówki zarobkowe. Fakty tego rodzaju widzimy *u nas* w zawodzie dentystycznym, jak wiadomo, obfitującym w różne „oryginalności". Ze względu na swój charakter rzeczywiście będą one wiekopomne, jako cechujące poważny stopień rozwoju naiwności (a nawet czegoś więcej), która pewne rozumy całkiem zjadła.

Umiera praktyk (przyczyna nas nie obchodzi), zarobkowiec, który zgoła niczem się nie interesował. Posiadał placówkę, prowadził dostatni tryb życia. Rodzina zarobkująca. Wnet w gazetach ukazuje się niejednokrotnie anons: *„Gabinet lekarsko-dentystyczny NN, ulica... Nr.... nadal czynny"*. Dopiero co nekrolog ogłosił o śmierci właściciela, który placówkę zarobkową opuścił na wieki.

Wszak nie *„Gabinet lekarsko-dentystyczny"* pomagał ludziom w ich cierpieniach, nadal też pomagać *sam* nie będzie. Istota *żyjąca* na tej placówce nie powinna wszak się ukrywać. Szyld uliczny, naturalnie, też nie

został skasowany i „czcił” pamięć o zmarłym. I długo, długo zapewne by jeszcze czcił, gdyby nie konieczna zmiana mieszkania...

Zgasł po krótkich cierpieniach starszy praktyk. Placówka solidna. Wnet ukazał się anons, iż *„nadal jest czynna”* (anonimowo).

Szyldy uliczne, naturalnie, zachowane.

Znalazł się „amator”, który placówkę „wydzierżawił” na krótką metę, jednak nazwiska nie wymienił, a w nagłówku anonsu powoływał się grubszemi czcionkami na zmarłego właściciela placówki. „Czciciel” wyjechał...

Przed laty zmarł zamieszkały bynajmniej nie na pryncypalnej ulicy Warszawy pewien dentysta. Szyld jego wisiał (czy też wisi) przed bramą w ciągu kilku lat, przyczem początkowej litery *imienia* nie wymieniono. Pacjentów przyjmowała córka — niedentystka (od czasu do czasu była tu firmantka).

Powyższego rodzaju fakty z czasów niedalekiej i dalszej przeszłości mamy dotychczas. Zdawało się, że po ukazaniu się rozporządzeń prawnych, *dotyczących ogłoszeń i szyldów dentystycznych*, nie ukażą się więcej. Niestety, powtarzają się stare dzieje, stwierdzające, że na świecie nic nie ginie.

Prawo można prowadzić „na lewo”.

W Warszawie niedawno zmarła lekarka-dentystka F. Mirska, zamieszkała przy ulicy Wierzbowej 9. Szyld długo, długo (dn. 28.IV.34 r.) wisiał spokojnie na swojem miejscu. Natomiast z anonsu, podawanego m. in. w „Naszym Przeglądzie” z dnia 1 kwietnia 1934 r., dowiadujemy się, że: *„Lekarz-dentysta E. Krystjanpoler-Mozeson przyjmuje obecnie przy ulicy Wierzbowej Nr. 9, m. 17, od 10 — 2 i 4 — 7, tel. 5-27-68”*.

A więc przyjmuje chorych pod *żyjącym* szyldem osoby *zmarłej!*

Czyż należy czegoś się wstydzić? Wszak może się zdarzyć jakieś nieporozumienie na punkcie prawnym. Nastąpi wówczas prawdziwe qui pro quo...

Mamy firmantki techników dentystycznych *przyżyciowych*, t. j. uprawiających (przeważnie) dentystykę w całej rozciągłości pod ich oczkiem tolerancyjnem.

Okazuje się, mamy też firmantki-dentystki techników, spoczywających spokojnie w Bogu.

Na terenie Pomorza, w Wąbrzeźniu, pracował swego czasu technik dentystyczny ś. p. Kozłowski. Po jego śmierci zakład prowadziła laiczka, która do firmy przybrała sobie techniczkę, p. Rolewiczównę. Z początku były one tolerowane przez lekarza powiatowego. Na skutek jednak interwencji, nowomianowany lekarz powiatowy wystosował do p. Kozłowskiej pismo, zabraniając jej „praktykowania”. Pani ta drogą ogłoszenia w „Illustr. Kurjerze Codz.” ogłasza się następująco: „Poszukuje się lekarza-dentystki (!) od zaraz”. Ogłoszenie kładzie nacisk na siłę kobiecą, bowiem z mężczyznami nie da się kręcić; ten nie bardzo „do służby” laiczki pójdzie. Na ogłoszenie odezwała się najpierw p. Janina Samborska, lekarka-dentystka, która przepracowała u p. Kozłowskiej 4 miesiące, poczem przeniosła się do Torunia. Posadę jej objęła p. Krześniak Stanisława, lekarka-dentystka. Szyldy obu zawierały podwójne nazwiska: „Lekarz - dentysta Samborska, dawniej Kozłowski”; a od stycznia r. b. figuruje „St. Krześniak”...

Tak wyglądają absolwentki b. P. Instytutu Dentystycznego, czcicielki umarłych. Pani Krześniak St. Ukończyła P. I. D. niedawno.

Naco dawane jest „uroczyste przyrzeczenie" podczas otrzymywania dyplomu? Może panie raczą odpowiedzieć?

Pismo niemieckie p. t. „Stadt und Landbete" (Generalanzeiger für die Kreise: Gniezno, Mogilno, Znin, Obornik, Wągrowiec und Umgegend) Nr. 38 z dnia 29.III 1934 r. podaje dużego rozmiaru anons, wydrukowany grubemi czcionkami i brzmiący:

*„Nach dem Tode meines Mannes J. Kozłowski führe ich die Praxis in Gnesen, ul. Mieczysława 5 unter der Firma der Zahnärztin J. Jankowska weiter. Sprechstunden 9 — 12 und 3 — 6".*

Przetłumaczony na język polski, anons brzmi:

*„Po śmierci mego męża Jana Kozłowskiego prowadzę nadal praktykę dentystyczną w Gnieźnie, ul. Mieczysława 5 pod firmą lekarki-dentystki J. Jankowskiej. Godziny przyjęć 9 — 12 i 3 — 6".*

Do czego dochodzi upadek pojęć etycznych? Jak traktowany jest zawód wyzwolony, który nie ma nic wspólnego z podrzędnem handlarstwem?

Ignorancję i lekceważenie powagi zawodu, który tak ciężko walczy o należne mu stanowisko społeczne, ujawnia w całej pełni powyższe czcicielstwo firmanckie!

Nie sądzimy, aby Związek stomatologów i lekarzy-dentystów Ziem Zachodnich Rzeczypospolitej Polskiej przeszedł nad wybrykami firmantek, czcicielek ogłoszeniowo-szyldowych, do porządku dziennego.

Czcicielstwo ogłoszeniowo-szyldowe bezwarunkowo nie może być tolerowane, ani z punktu widzenia etyczno-moralnego, ani prawnego, bowiem wkracza to w granice zwykłego podszywania się pod cudze nazwiska; zainteresowane osoby, widocznie, nie chcą celowo ujawnić swoich nazwisk.

Poruszona tu sprawa nie jest sprawą Wyższych Władz Państwowych, lecz należy do *władzy wykonawczej*.

Co się tyczy *szyldów praktyków umarłych*, to sprawa należy bezpośrednio do policji, przedewszystkiem do *dzielnicowych P. P.* Jeżeli w ciągu dłuższego czasu szyldy umarłych praktyków są tolerowane jak również osoby podszywające się, jest to *wykroczenie służbowe*, które winno być odpowiednio traktowane przez ich przełożonych (komisarza danego Komisarjatu). Szyldy takie nie są wszak *niedostrzegalne* dla bezpośredniej władzy przestrzegania porządku w danym rewirze...

Sprawa *tajemniczych anonsów placówek zarobkowych zmarłych dentystów* należy do odpowiednich Starostw.

W jednym i drugim przypadku należy interwenjować u tych władz nadzorczych (bezpośrednio). Jest to obowiązek każdego kolegi, przedewszystkiem naszych licznych zrzeszeń dentystycznych bez różnicy miejsca istnienia.

Chodzi tu o to:

1) aby pod tajemniczemi anonsami zmarłych kolegów nie uprawiały praktyki dentystycznej ewent. partactwa dentystycznego osoby czyli typy

nieuprawnione bez różnicy kategorji; tych, jak wiadomo, mamy obecnie sporo; nie ponoszą oni żadnej odpowiedzialności prawnej wobec ich anonimowości, a zgłaszający się do „umarłej” placówki pacjent nie orjentuje się, może nawet (niekiedy tak istotnie bywa) być oszukiwany pod różnemi pozorami;

2) aby owe tajemnicze osoby w myśl obowiązującego prawa bezwarunkowo rejestrowały się, również nie-swoje placówki zarobkowe u władzy nadzorczej I instancji; ci wędrowcy, unikając rejestracji i wyławiając różne placówki „powietrzne”, t. j. wiszące w powietrzu, utrudniają prowadzenie prawidłowej statystyki praktyków dentystycznych w Polsce; stąd właśnie wypływa ów straszny chaos, panujący dotychczas w oficjalnym spisie lekarzy-dentystów i ich adresów;

3) aby czciciele czy czcicielki pośmiertnych anonsów i szyldów dentystycznych nie wyzyskiwały pozostałych wdów i sierot; notowane nawet były fakty nieuczciwego wywiązywania się z przyjętych obowiązków, jak: bałamucenie i wyłapywanie pacjentów i „obrabianie” ich na swoją korzyść, nie mówiąc o lekceważącem niszczeniu inwentarza i nieprodukcyjnem zużywaniu różnych materjałów;

4) aby ukrywające się osoby każdej chwili nie porzucały wyzyskiwanych przez siebie placówek, powodując przykrą dla pozostałej rodziny sytuację (w jednym znanym przypadku stan taki trwał lat kilka, który doprowadził do zniszczenia placówki);

5) aby utrudnić im unikanie różnych świadczeń publicznych, przedewszystkiem podatków państwowych, których wcale nie płacą, zmieniając swoje placówki zarobkowe i nie składając nigdzie żadnych zeznań; czciciele ci nie są wcale znani urzędom państwowym, a gdy te dowiadują się o ich istnieniu, ci wędrują w niewiadomym kierunku;

6) aby odpowiednim władzom nadzorczym (wykonawcom prawa) zwrócić uwagę na nienormalny stan rzeczy, spowodowany poniekąd brakiem kontroli ze strony dzielnicowych P. P., którzy wszak zawsze mają możność sprawdzenia ew. skorygowania niedokładności lub wątpliwości.

Omawiana sprawa dotyczy nietylko stolicy, lecz również innych większych a nawet mniejszych osiedli, gdzie władze wykonawcze i skarbowe mają poważniejsze jeszcze trudności z tymi przemytnikami prawa obowiązującego.

Zło nie może być przez nikogo tolerowane.

Wobec ważności omawianej sprawy z punktu widzenia zawodowego, państwowego i społecznego, poruszenie jej na łamach naszego pisma było konieczne i wskazane z przyczyn wyżej przytoczonych, należało więc poświęcić jej nieco więcej miejsca.

Prosimy nadal kolegów o dalsze komunikowanie się z nami w omawianej sprawie i przesyłanie wszelkiego materjału, w celu skierowywania do właściwych władz. W szeregu różnych bolączek naszego zawodu sprawa tajemniczych anonsów i szyldów bynajmniej nie należy do błahych, a nad którą należałoby przejść do porządku dziennego.

*K.*

# Zjazdy.

## I ZJAZD SŁOWIAŃSKICH STOMATOLOGÓW
## i
## II POLSKI ZJAZD STOMATOLOGICZNY
## jako
## 28 Sekcja Stomatologji
## XIV ZJAZDU LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH W POZNANIU.

11 — 15 września 1933 r.

(C. dalszy. P. zesz.: 1 styczeń, luty r. 1934)

We wtorek 12.IX 1933 r. nastąpiło otwarcie VI Zjazdu Stomatologicznego zarazem I Zjazdu Słowiańskich Stomatologów. Dr. Jarząb, przewodniczący miejscowego Komitetu Organizacyjnego, zagaił posiedzenie inauguracyjne; w serdecznych słowach powitał gości, dziękując za liczny udział w Zjeździe.

Wybrano na prezesów *rzeczywistych:* profesorów — Cieszyńskiego, Nitscha, Wilgę, Czubalskiego, Meissnera, zast. prof. Cybulskiego, zast. prof. Zeńczaka, Jarząba, doc. Szepelskiego.

Prezesami *honorowymi* wybrani zostali: prof. Jesensky (Praha), doc. Czerny (Praha), prof. Kosteczka (Praha), prof. Radoszewicz (Zagrzeb), prof. Szabó (Budapeszt), prof. Perna (Rzym), prof. Cavina (Bolonja), prof. Beretta (Bolonja), dr. Chompert (Paryż) i prof. Villain (Paryż).

Sekretarze generalni: dr. Bardasz - Druckierowa (Lwów), lek. dent. Neyman (Poznań), doc. Neuwirt (Praha), dr. Naprstek (Praha).

Sekretarze: dr. Allerhand (Lwów), lek. dent. Stokowski (Warszawa), lek. dent. Mokrzycki (Warszawa), lek. dent. Zawidzki (Warszawa), dr. Drozdowski (Kraków), lek. dent. Wolański (Wilno).

Prof. Cieszyński, przewodniczący Związku Słow. Stom., wskazuje na znaczenie i cel Zjazdu Lekarzy Słowiańskich. Następnie przemówił doc. Czerny, jako delegat Ministerstwa Zdrowia i Wychowania Fizycznego Rzeczypospolitej Czechosłowackiej. Między innemi zaznaczył:

(w języku czeskim): „Kontakt między Polakami pogłębił się w ostatnich czasach, a poza tem również nawiązany został kontakt z kolegami jugosłowiańskimi. Ten kontakt naukowy jest serdeczniejszy pomiędzy głównymi przedstawicielami naszego obozu lekarskiego i między przedstawicielami naszego życia zawodowego. W ten sposób powstają zarówno między poszczególnemi osobami, jak również pomiędzy całemi grupami zawodowemi związki przyjacielskie i szlachetne współzawodnictwo kulturalne, zataczające coraz to szersze kręgi i umożliwiające wzajemne poznanie dwóch bratnich narodów".

(w języku polskim): „Tego roku będzie lat 15, że oswobodzony został cały kraj poznański z pod władzy niemieckiej. W tym krótkim czasie waszą wytrwałością i pilną pracą podnieśliście naukę dentystyczną tak doskonale, że polska dentystyka podniosła się na wysoki stopień międzynarodowy. My Czesi cieszymy się bardzo z tego postępu, który ma olbrzy-

mie znaczenie dla całej sprawy słowiańskiej. Zapewniam Panów, że wasze prace niezmiernie nas interesują, jak również całe wasze życie narodowe. Ojczyzna wasza ma w nas prawdziwych przyjaciół".

Doc. Fridrichowsky, delegat Związku Stomatologów Czechosłowacji, wyraził w imieniu Związku, Czechosłowackich Stomatologów najserdeczniejsze podziękowanie za nadzwyczaj miłe i serdeczne powitanie. Przy tej sposobności nie pominął okazji wspomnienia faktu, jak doniosłe znaczenie ma pierwszy Zjazd młodego Związku St. Cz.

Dr. Naprstek imieniem czeskich stomatologów pozdrawia Zjazd i życzy mu wytrwałej i owocnej pracy, aby przyszłość Związku zależna była od kwalifikacyj tych, którzy nim kierują.

Dr. Allerhand, prezes Związku Stomatologów we Lwowie, m. in. zaznaczył:

„Uroczysta chwila otwarcia VI Polskiego Zjazdu Stomatologicznego, będącego równocześnie I-ym Zjazdem Stomatologów Słowiańskich, jest chwilą zarówno uroczystą jak i osobliwą. Osobliwą jest ona z tego powodu, że przypada 10-lecie Polskich Zjazdów Stomatologicznych wogóle. Ten okres spełnił pierwszy etap postulatów i dążeń, zmierzających do tego, by z dentystyki uczynić stomatologję, jako pełnowartościową specjalność lekarską zarówno pod względem nauczania, jak i wykonawstwa praktycznego. Mam niepłonną nadzieję, że dążność dowzajemnego poznania i do dalszej współpracy nad podniesieniem zawodowem i naukowem naszego stanu przez wzajemne współżycie na tym Zjeździe niepomiernie się zwiększy". Zjazdowi w imieniu własnem i Związku Stomatologów Lwowskich, życzył jak najlepszych, najpomyślniejszych i najbogatszych wyników pracy.

Przemawiali jeszcze prof. Wilga, jako prezes Towarzystwa Stomatologicznego w Warszawie, lek.-dent. Stokowski imieniem Rady Centralnej.

Następnie prof. Cieszyński wygłosił wykład inauguracyjny na temat **„Cele i zadania Akademji Stomatologicznej w Warszawie"**. Założony w roku 1919 Państwowy Instytut Dentystyczny w Warszawie nie posiadał akademickich praw promowania doktorów i habilitacyj. W 1933 r. został na podstawie uchwały sejmowej Akademją Stomatologiczną i zaliczony do szeregu wyższych uczelni. To oznacza nietylko zmianę samej nazwy. Już w samem przemianowaniu mieści się przeistoczenie studjów. Możliwe to jest tylko w dwojaki sposób: 1) stomatologiem może być tylko lekarz z dyplomem lekarskim po 2-letniem studjum i złożeniu egzaminu w Akademji Stomatologicznej, 2) albo, że dotychczasowe 4-letnie studjum dentystyczne zostanie przedłużone do 6 lat, gdzie po 4 latach studjów lekarskich 2 dalsze lata poświęcone będą dalszemu studjum medycyny i stomatologji.

Z tych 2 koncepcyj pierwsza jest bardziej realna i odpowiada więcej warunkom czasu. Z zastępu nadmiernej cyfry lekarzy wyjdą adepci studjum stomatologicznego. Materjał studentów będzie wtedy lepszy, gdyż przeszedł już selekcję podczas studjów lekarskich. To przynosi też korzyść dla lepszego rozwoju stomatologji. Studjum to jest też dla państwa tańsze. Bardziej wykwalifikowani stomatologowie będą lepiej spełniali swe zadania, niż dotychczasowi lekarze-dentyści. Równocześnie nadmierna liczba kobiet w zawodzie dentystycznym ulegnie redukcji.

Posiedzenia naukowe odbywały się w sali św. Marcina przed i popo-

łudniu, gdzie wygłosili wykłady referenci polscy i zagraniczni wedle ułożonego programu. Wykładów odbyło się w ogólności 28, w tem 18 polskich, 8 czeskich.

Jedno posiedzenie Sekcji Stomatologicznej odbyło się wspólnie z Sekcją Antropologiczną, w której prof. Cieszyński wygłosił wykład p. t. „Fragmenty z dalszych badań nad statyczną budową mózgo- i twarzoczaszki“, zaś dr. Czortkower: „Ustalenie wieku czaszki“.

Prof. C i e s z y ń s k i (Lwów). **Fragmenty z dalszych badań nad statyczną budową mózgo- i twarzoczaszki i wytłumaczenie powstania brachy- i dolichokefalji.**

I. Cele badania.

1. Wytłumaczenie konstruktywnej budowy całej czaszki ze szczególnem uwzględnieniem poszczególnych odcinków mózgo- i twarzoczaszki.

2. Wyjaśnienie statycznego działania mózgu w pojęciu plastycznej bryły na budowę mózgoczaszki.

3. Wyjaśnienie konstrukcji aparatu żucia i działania siły całego aparatu żucia.

II. Metoda. Badania nad statyczną budową czaszki zostały przeprowadzone po ustaleniu 3 głównych płaszczyzn statycznych na preparatach anatomicznych oraz przekrojach tychże, następnie na zdjęciach rentgenowskich (z odległości 2 m) powyższych przekrojów.

III. Fragmenty dotychczasowych wyników.

Analiza sił działających: mózgu (w postaci bryły plastycznej) oraz aparatu żucia (w postaci stożka osi zębów) wykazują, że czaszka przy minimalnym materjale budulcowyym uzyskuje ogromną wytrzymałość, dzięki swej budowie. Przy takiej konstrukcji twarzo- i mózgoczaszki działanie siły aparatu żucia (obliczonej na mniej więcej 400 kg) nie powoduje jakichkolwiek wyczuwalnych wstrząsów, pomimo kilkakrotnego używania go dziennie. Po zupełnym rozwoju aparatu żucia przybiera twarzoczaszka swój charakterystyczny wygląd.

Dr. C z o r t k o w e r (Lwów). **Ustalenie wieku czaszki.** Wiek czaszki, pozbawionej dokładnej metryki, w przybliżeniu ustalić można na szki, pozbawionej dokładnej metryki, w przybliżeniu ustalić można na podstawie stanu zachowania się szwów czaszki, a przedewszystkiem uzębienia.

(D. c. n.)

# List do Redakcji.

## VII POLSKI ZJAZD STOMATOLOGICZNY W WARSZAWIE

15 — 20 września 1935 r.

K o m u n i k a t 11.

Główny Komitet Organizacyjny VII Polskiego Zjazdu Stomatologicznego, rozważając w Komisji Naukowej propozycje odnośne do tematów zjazdowych, przedstawione przez Stałą Delegację i Związek Docentów Stomatologji, ustalił następujące tematy główne.

1) „Organizacja szkolnej dentystyki, a walka z próchnicą".
2) „Leczenie zębów mlecznych i stałych w okresie szkolnym".
3) „Schorzenia w ustroju ludzkim na tle zębowem".
4) „Oddziaływanie protez stałych (mostkowych) i ruchomych (płytkowych) na podłoże jamy ustnej".

W związku z powyższem Główny Komitet Organizacyjny zwraca się do wszystkich Koleżanek i Kolegów z uprzejmą prośbą o wzięcie udziału w opracowaniu tematów i nadsyłanie możliwie rychło zgłoszeń z nadmienieniem, jaki dział tematu zobowiązują się opracować.

Adres: Główny Komitet Organizacyjny VII Polskiego Zjazdu Stomatologicznego. Warszawa, Pl. Małachowskiego 2. Akademja Stomatologiczna.

Za Komitet Organizacyjny
Przewodniczący: *Prof. H. Wilga.*
Sekretarz: *B. W. Zakrzewska.*

# Kronika.

— **Sprawa wyrobów krajowych.** Zostawiając szersze omówienie sprawy wyrobów krajowych na później, wypada z pełnem zadowoleniem zaznaczyć, iż niezależnie od wyrabianego już dotychczas sprzętu dentystycznego (fotele, wiertarki, szlifierki, spluwaczki z płóknicami, prasy, tłocznie do koron, aparaty próżniowe do robót lanych, meble kliniczne i t. d.) rynek coraz intensywniej uniezależnia się od zagranicznych materjałów do plombowania zębów, jak również do celów techniczno-dentystycznych.

Ukazały się doskonałe preparaty krajowe marki „Alro": gutaperka dentystyczna (w pałeczkach), wosk do modelowania i amalgamat srebra. Wyroby te, które wymagały wielkiego nakładu pracy i środków materjalnych, wypróbowane stosownie do wymagań praktyki, używane są już przez poważniejszych praktyków tutejszych, również, jak słychać, znalazły rozpowszechnienie w krajach sąsiednich.

Jak nas informują, wkrótce ukażą się w handlu po dokonaniu szeregu prób również inne artykuły dentystyczne „Alro": masy wyciskowe, wosk lepki, prowizorjum do czasowego zamykania ubytków i inne.

Firma „Alro" prócz wyrobów pod własną marką objęła zastępstwo i organizację sprzedaży *cementów dentystycznych* fabrykacji Spółki Akcyjnej „Boryszew" w Warszawie, należącej do wielkiego koncernu krajowego, wyrabiającego między innemi różne preparaty chemiczne i farmaceutyczne. Cementy te, zestawione podług najlepszego przepisu wszechświatowej marki i wyrabiane przez poważnych chemików, obejmują wszystkie rodzaje cementów: cynkofosfatowe, krzemowofosfatowe (silicophosphat), syntetyczne porcelanowe oraz do koron i mostów.

Krajowe cementy „Boryszew" wkrótce ukażą się w handlu. Sądząc ze starannej organizacji i najnowszych urządzeń fabrycznych, należy przypuszczać, że będą one rzeczywiście pierwszorzędnej jakości, nie ustępując zagranicznym cementom. Jako poważny wyrób krajowy, znajdą one całkowite poparcie praktyków dentystycznych w Polsce.

# Od wydawnictwa.

Prosimy o uregulowanie należności za poprzednie zeszyty. Ciągłe wysyłanie wykazów pociąga za sobą zbyteczne wydatki i stratę czasu.

Uprzejmie prosimy kolegów o uregulowanie należności (Zł. 3.—) zaraz po otrzymaniu kolejnego zeszytu.

Prenumeratorów miejscowych prosimy o zaoszczędzanie inkasentowi zgłaszania się po odbiór należności. Wielu kolegów, pomimo naszych niejednokrotnych próśb, fatyguje go po 3 — 4, a nawet 6 razy po odbiór zł. 3, co wszak pochłania sporo zbytecznego czasu, a nam przysparza niemało wydatków.

Każdy ma możność regulowania na miejscu w wydawnictwie pisma, ewentualnie przekazem na P. K. O. (Nr. 11.361).

Na odcinkach przekazów P. K. O. (Nr. 11.361) prosimy oznaczać, za które zeszyty kwotę wpłacono.

Podajemy wykaz „prenumeratorów", którzy, pomimo niejednokrotnych monitów, należności nie uregulowali, krzywdząc pismo, ukazujące się w ciężkich warunkach materjalnych. Sprawę tę obszernie omówimy.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Druckner, Kraków | zł. 12.— | Reinhard, Milanówek | „ 27.— |
| Braunsztein, Szczebrzeszyn | „ 15.— | Klinger, Kalisz | „ 24.— |
| Dziemieszkiewicz, Kołbuszowa | „ 27.— | Awerbuch, Grodno | „ 18.— |
| Pomperówna, Bieżuń | „ 3.— | Batalin, Janów Kobryński | „ 27.— |
| Rotsztein, Sosnowiec | „ 9.— | Becher, Leżajsk | „ 9.— |
| Rozenthal, żelechów | „ 15.— | Czasowczykowa, Poznań | „ 17.— |
| Krauzówna, Wieliczka | „ 9.— | Czosnkówna, Mława | „ 29.— |
| Tajgman, Lublin | „ 24.— | Fiszman, Szumsk | „ 27.— |
| Frankowa, Rohatyn | „ 24.— | Glassgall E., żydaczów | „ 27.— |
| Gotlieb, Brześć n/B. | „ 21.— | Hirszfeld-Ochotnicki, Miłosna | „ 27.— |
| Gromb, Dąbie | „ 12.— | Janowska M., Stanisławów | „ 27.— |
| Tenenbaum, Sanok | „ 27.— | Jankiewicz, Myślenice | „ 18.— |
| Koch J., Poznań | „ 39.— | Jungfer, Borysław | „ 27.— |
| Kolton M., Kraśnik | „ 27.— | Kiwitz Z., Stanisławów | „ 27.— |
| Korniło J., Tarnów | „ 45.— | Rozensztein, Łuck | „ 48.— |
| Kawarska - Tenenwurcel, Kielce | „ 27.— | Sapir-Dworecka, Lida | „ 54.— |
| Locker B., Stanisławów | „ 54.— | Szaferman, Jędrzejów | „ 27.— |
| Motylówna C., Brzozów | „ 27.— | Szatkowski, Tarnów | „ 24.— |
| Nass E., Jaworów | „ 27.— | Zucker J., Kałusz | „ 15.— |
| Nunberg B., Będzin | „ 54.— | Zbychowski A., Mogilno | „ 27.— |
| Ornsztein B., Tomaszów L. | „ 45.— | Zylbergeld, Janów Lub. | „ 24.— |
| Osder A., Białystok | „ 45.— | Libman, Łuniniec | „ 22.— |
| Piper L., Kielce | „ 27.— | Baranowska, Tuchola | „ 18.— |
| Plusserowa, Czortków | „ 36.— | Blausztein, Piotrków Tryb. | „ 6.— |
| Pres, Wołkowysk | „ 54.— | Ciążyński, Leszno | „ 36.— |
| Porembiński R., Kielce | „ 27.— | Czeczyk, Łuniniec | „ 18.— |
| Puchowiecka, Baranowicze | „ 27.— | Frydland, Kopyczyńce | „ 27.— |
| Ritterband, Chmielnik | „ 27.— | Grabusówna, Rogóżno | „ 27.— |
| | | Indurski, Suwałki | „ 18.— |

Kapłan, żyrardów (ob. Warszawa) „ 18.—
Jerenberg, Stołpce „ 9.—
Kalińska-Bergman, Siedlce „ 6.—
Koch, Białystok „ 9.—
Kurchin-Berkensztadt, Radomsko „ 22.—
Misjon, Rypin „ 13.—
Oknowska, Kielce „ 28.—
Samochocki, Lublin „ 19.—
Sokoler, Chełm „ 18.—
Steinhart, Włocławek zł. 22.—
Szapiro, Mołodeczno „ 18.—
Tajcówna, Białystok „ 18.—
Wasserman J., Lwów „ 36.—
Fleischer J., Krosno „ 18.—
Notkowska, Włodzimierz „ 9.—
żmudski, Kraków „ 9.—
Orcholska, Toruń „ 6.—
świętnicki, Jarosław „ 9.—
Golkind, Płock „ 6.—
Brzeziński, Pułtusk „ 6.—
Elkin, Dąbrowa k. Grodna „ 18.—
Binensztok, Pińsk „ 4.—
Berkowicz, Woronowo „ 11.—
Szoor, Luboml „ 16.—
Gurjan, Mołodeczno „ 18.—
Parczyński, Zd. Wola „ 6.—
Felzenszwalbe, Błonie „ 6.—
Sztern, Kozienice (ob Warszawa) „ 6.—
Samulewicz, Gąbin „ 12.—
Joskowicz, Pułtusk „ 18.—
Pomper, Ostrowiec Kiel. „ 12.—
Meczyk, Brześć n/B. „ 6.—
Krupiński, Toruń „ 18.—
Gurewicz, Drohiczyn „ 9.—
Gressel, Mizocz „ 30.—
Gerkowicz, Czyżew „ 3.—
Filatowa, Rypin „ 12.—
Całkownik, Piotrków „ 3.—
Bresler, Piastów „ 6.—
Boms, Brzążnica „ 3.—
Blumenfrucht, Będzin „ 9.—
Goldberger, N. Sącz „ 9.—
Goldberg-Krawcowa, Białystok „ 9.—
Midler, Pabjanice „ 9.—
Berland, Ciechanów „ 6.—
Berman, Młynów „ 6.—
Tenenwurcel, Nowoświęciany „ 18.—
Szulklaper, Gródek „ 18.—
Kaufman, Horodenko „ 18.—
Kerner, Kowel „ 18.—
Prusakiewicz, Krotoszyn „ 8.—
Marchlewski, Ostrów Maz. „ 6.—
Sucharczuk (dla Związku) Równe „ 81.—
Zylbersztein, Goniądz „ 12.—
Zajdensznir, Lublin „ 13.—
Rotman, Grodzisk „ 4.—
Wahr, Krościenko „ 18.—
Nisman, Węgrów „ 56.—
Mordwinów, Rajgród „ 36.—
Mocna, żuromin „ 12.—
Krygierowa, Końskie „ 15.—
Wittman, Lwów „ 18.—
Płóciennik, Chmielnik „ 12.—
Gitis, Łódź „ 18.—
Sendowska, Łódź „ 18.—
Hartglas, Łódź „ 18.—
Koprowska, Łódź „ 18.—
Jukiel, Łódź „ 18.—
Karmazyn, Łódź „ 18.—
Strauchowa, Łódź „ 27.—
Struński, Łodź „ 48.—
Kaczanowski, Łódz „ 18.—
Karabanow, Łódź „ 6.—
Grabińska, Łódź „ 18.—
Klajnert, Radom „ 27.—
Nadel, Radom „ 23.—
Fiszer, Radom „ 27.—
Frajdas, Radom „ 18.—
Tatar, Radom „ 24.—
Zw. Lek. Dent. w Radomiu „ 18.—
Berman, Warszawa „ 3.—
Grinberg, Warszawa „ 24.—
Lew, Warszawa „ 6.—
Cynamon, Warszawa „ 27.—
Pinkiert, Warszawa „ 18.—
Freidkin, Warszawa „ 12.—
Treiwasz, Warszawa (d. Białystok) „ 9.—
Szapocznikow, Warszawa d. Brześć „ 3[illegible]
Meerson, Warszawa
Kapłun, Warszawa

Ra[illegible]

*DRUKPRASA", Sp. z ogr. odp. Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.*